

Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2022

Constancia de Cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y su cobertura de medicamentos recetados de Medicare como miembro de FHCP Medicare Premier Advantage (HMO)

Este folleto contiene información detallada sobre su cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare para el período comprendido entre el 1.º de enero y el 31 de diciembre de 2022. Explica cómo obtener cobertura de los servicios de atención médica y los medicamentos recetados que necesita. **Este es un documento legal importante. Manténgalo en un lugar seguro.**

Este plan, FHCP Medicare Premier Advantage, es ofrecido por Florida Blue Medicare, Inc. (que opera bajo el nombre FHCP Medicare). (Cuando en esta *Constancia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, se refiere a Florida Blue Medicare, Inc. (que opera bajo el nombre FHCP Medicare). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa FHCP Medicare Premier Advantage).

Este documento está disponible en español sin costo.

Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-866-6559 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados principales.

Esta información está disponible en formatos alternativos, lo que incluye letra grande, audio y braille. Si necesita información sobre el plan en otro formato, llame a Servicios para Miembros al número que se indica arriba.

Los beneficios y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 2023.

El formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario.

Constancia de cobertura de 2022

Índice de contenido

Esta lista de números de páginas y capítulos es su punto de partida. A fin de obtener más ayuda para encontrar la información que necesita, vaya a la primera página de un capítulo. **Encontrará una lista detallada de temas al principio de cada capítulo.**

- Capítulo 1. Cómo iniciarse como 5**
- Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Le informa sobre los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, la multa por inscripción tardía en la Parte D, su tarjeta de membresía del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.
- Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes 27**
- Le informa cómo ponerse en contacto con nuestro plan (FHCP Medicare Premier Advantage) y con otras organizaciones, tales como Medicare, el Programa de asistencia para seguro médico estatal (SHIP), la organización para el mejoramiento de la calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa de seguro de salud estatal para las personas con bajos ingresos), los programas que ayudan a las personas a pagar por sus medicamentos recetados y la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB).
- Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos 45**
- Explica cosas importantes que debe saber acerca de cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan. Entre los temas que se tratan se incluye cómo usar los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención en caso de emergencia.
- Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted) 64**
- Brinda detalles sobre qué tipos de atención médica están cubiertos y qué tipos *no* están cubiertos para usted como miembro a nuestro plan. Explica cuánto pagará usted como parte de los costos compartidos de su atención médica cubierta.
- Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D 123**
- Explica las normas que debe cumplir cuando recibe sus medicamentos de la Parte D. Indica cómo usar la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* para saber cuáles son los medicamentos cubiertos. Indica qué tipo de medicamentos *no* están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Explica dónde obtener un

medicamento recetado. Explica los programas sobre seguridad de medicamentos y administración de medicamentos del plan.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D 151

Brinda información sobre las tres etapas de la cobertura de medicamentos (*Etapa de Cobertura Inicial, Etapa de Brecha en la Cobertura, Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos*) y cómo éstas afectan la cantidad que usted debe pagar por los medicamentos. Explica los cinco niveles de costo compartido de los medicamentos de la *Parte D* y le indica cuánto debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos..... 170

Le explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desea pedirnos que le reintegremos nuestra parte del costo por los medicamentos o servicios cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 178

Explica los derechos y las responsabilidades que tiene como miembro de nuestro plan. Indica qué puede hacer si considera que no se están respetando sus derechos.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 197

Se le informa paso a paso lo que debe hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo preguntar sobre las decisiones de cobertura y hacer apelaciones si tiene problemas para obtener atención médica o medicamentos recetados que usted cree son cubiertos por el plan. Esto incluye solicitarnos que hagamos excepciones a las normas o las restricciones adicionales de su cobertura para los medicamentos recetados, y solicitarnos que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y algunos tipos de servicios médicos, si cree que su cobertura terminará muy pronto.
- Explica cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otras inquietudes.

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía del plan..... 261

Explica cuándo y cómo puede finalizar su inscripción a nuestro plan. Explica situaciones en que nuestro plan está obligado a finalizar su inscripción.

Capítulo 11. Avisos legales 271

Incluye los avisos sobre las leyes vigentes y no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 278

que explica los términos clave usados en este folleto.

CAPÍTULO 1

Cómo iniciarse como miembro

Capítulo 1. Cómo iniciarse como miembro**Capítulo 1. Cómo iniciarse como miembro**

SECCIÓN 1	Introducción.....	7
Sección 1.1	Usted está inscrito en FHCP Medicare Premier Advantage, que es un plan HMO de Medicare.....	7
Sección 1.2	¿De qué se trata este folleto de <i>Constancia de cobertura</i> ?	7
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Constancia de cobertura</i>	7
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos debe cumplir para ser un miembro del plan?	8
Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad.....	8
Sección 2.2	¿Qué son la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare?.....	8
Sección 2.3	Esta es el área de cobertura del plan para FHCP Medicare Premier Advantage.....	9
Sección 2.4	Ciudadano estadounidense o presencia legal en los EE. UU.	9
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales le proporcionaremos?.....	9
Sección 3.1	Su tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener toda la atención y los medicamentos recetados cubiertos.	9
Sección 3.2	El <i>Directorio de proveedores</i> : Su guía de todos los proveedores de la red del plan	10
Sección 3.3	El <i>Directorio de farmacias</i> : Su guía de farmacias de nuestra red.....	12
Sección 3.4	La Lista de medicamentos cubiertos del plan (<i>formulario</i>)	12
Sección 3.5	La <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (la “EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de los pagos hechos por sus medicamentos recetados de la Parte D	13
SECCIÓN 4	Su prima mensual para FHCP Medicare Premier Advantage	13
Sección 4.1	¿Cuánto es la prima de su plan?	13
SECCIÓN 5	¿Está obligado a pagar la “multa por inscripción tardía” en la Parte D?.....	14
Sección 5.1	¿Qué es la “multa por inscripción tardía” en la Parte D?.....	14
Sección 5.2	¿Cuál es el valor de la multa por inscripción tardía en la Parte D?.....	15
Sección 5.3	En algunas situaciones, puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa.....	15
Sección 5.4	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D?	16

Capítulo 1. Cómo iniciarse como miembro

SECCIÓN 6	¿Tiene que pagar una cantidad adicional por la Parte D debido a su ingreso?	17
Sección 6.1	¿Quién paga una cantidad adicional por la Parte D debido al ingreso?	17
Sección 6.2	¿Cuál es la cantidad adicional de la Parte D?	17
Sección 6.3	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con el pago de una cantidad adicional de la Parte D?	17
Sección 6.4	¿Qué sucede si usted no paga la cantidad adicional de la Parte D?	18
SECCIÓN 7	Más información sobre su prima mensual.....	18
Sección 7.1	Si paga una multa por inscripción tardía en la Parte D, hay varias maneras de efectuar el pago de su multa.	19
Sección 7.2	¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?	22
SECCIÓN 8	Mantenga actualizado su registro de miembro del plan.	22
Sección 8.1	Cómo ayudar a garantizar que tengamos información precisa sobre usted ..	22
SECCIÓN 9	Protegemos la privacidad de su información de salud personal.	24
Sección 9.1	Nos aseguramos de que se proteja su información de salud.	24
SECCIÓN 10	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....	24
Sección 10.1	¿Cuál plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?	24

Capítulo 1. Cómo iniciarse como miembro**SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Usted está inscrito en FHCP Medicare Premier Advantage, que es un plan HMO de Medicare.**

Usted tiene cobertura de Medicare y ha elegido obtener su atención médica y su cobertura de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, FHCP Medicare Premier Advantage.

Existen distintos tipos de planes de salud de Medicare. FHCP Medicare Premier Advantage es un plan Medicare Advantage HMO (HMO son las siglas en inglés de organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y dirigido por una compañía privada.

La cobertura bajo este plan califica como una cobertura de salud elegible (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con los requisitos de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio de Internet del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿De qué se trata este folleto de *Constancia de cobertura*?

Este folleto de *Constancia de Cobertura* le indica cómo obtener su atención médica y sus medicamentos recetados cubiertos de Medicare a través de nuestro plan. Este folleto explica sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto y qué paga usted como miembro del plan.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención y a los servicios médicos y a los medicamentos recetados que tiene a su disposición como miembro de FHCP Medicare Premier Advantage.

Es importante que sepa cuáles son las reglas del plan y qué servicios tiene a su disposición. Le recomendamos que se tome un momento para leer este folleto de *Constancia de Cobertura*.

Si está confundido o preocupado, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros de nuestro plan (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Constancia de cobertura***Es parte del contrato que hemos suscrito con usted.**

Esta *Constancia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo FHCP Medicare Premier Advantage cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* y cualquier notificación que le

Capítulo 1. Cómo iniciarse como miembro

enviemos acerca de los cambios en su cobertura o las condiciones que pueden afectar su cobertura. Estas notificaciones en ocasiones se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato se encuentra en vigencia durante los meses en que usted esté inscrito en FHCP Medicare Premier Advantage entre el 1.º de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de FHCP Medicare Premier Advantage después del 31 de diciembre de 2022. También podemos elegir dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de cobertura diferente, después del 31 de diciembre de 2022.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan FHCP Medicare Premier Advantage cada año. Puede seguir recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para convertirse en miembro de nuestro plan, siempre que:

- Usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 le informa sobre la Parte A y la Parte B de Medicare),
- -- y -- debe vivir dentro de nuestra área de cobertura geográfica (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de cobertura).
- -- y -- es ciudadano de los Estados Unidos o se encuentra legalmente en los Estados Unidos

Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare?

Cuando se afilió en un principio a Medicare, usted recibió información sobre los servicios cubiertos por la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Recuerde:

- La Parte A de Medicare por lo general ayuda a cubrir los servicios prestados por los hospitales (para servicios de hospitalización, Centros de enfermería especializada o agencias para el cuidado de la salud en el hogar).
- La Parte B de Medicare brinda cobertura para la mayoría de los otros servicios médicos (tales como servicios de un médico, terapia de infusión en el hogar y otros servicios para

Capítulo 1. Cómo iniciarse como miembro

pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (tales como equipo médico duradero [Durable Medical Equipment, DME] y suministros).

Sección 2.3 Esta es el área de cobertura del plan para FHCP Medicare Premier Advantage.

Si bien Medicare es un programa federal, FHCP Medicare Premier Advantage está disponible solo para las personas que viven en el área de cobertura de nuestro plan. Para permanecer como miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en esta área de cobertura. El área de cobertura se describe a continuación.

Nuestra área de cobertura incluye estos condados de Florida: Brevard, Flagler, Seminole y Volusia

Si planea mudarse fuera del área de cobertura, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Cuando usted se mude, tendrá un Periodo de Inscripción al Seguro Especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

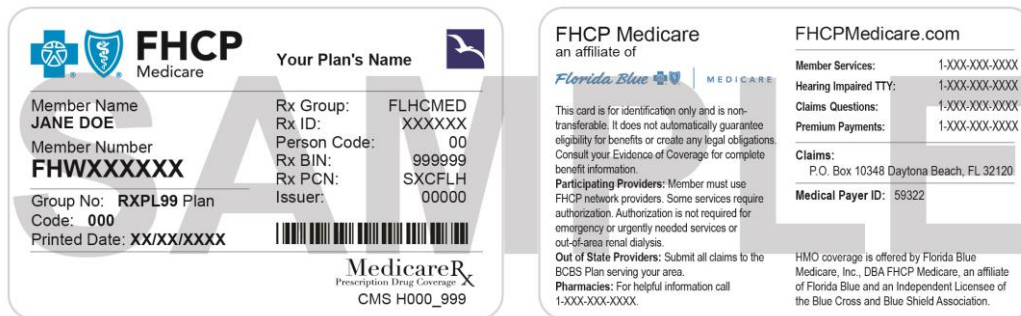
Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o presencia legal en los EE. UU.

Para ser miembro de un plan de salud de Medicare, debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificarán a FHCP Medicare Premier Advantage si usted no es elegible para seguir siendo miembro en función de este requisito. FHCP Medicare Premier Advantage debe dar de baja su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales le proporcionaremos?

Sección 3.1 Su tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener toda la atención y los medicamentos recetados cubiertos.

Mientras es miembro de nuestro plan, debe utilizar la tarjeta de miembro de nuestro plan cada vez que reciba cualquier atención médica que esté cubierta por este plan y para adquirir medicamentos recetados en las farmacias de la red. También debe mostrar su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. A continuación se incluye un modelo de tarjeta de miembro:-



NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usted usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de FHCP Medicare Premier Advantage, tal vez deba pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios en centros para enfermos terminales o si participa en estudios de investigación de rutina.

A continuación le explicamos por qué es importante: Si usted usa su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de FHCP Medicare Premier Advantage para recibir servicios cubiertos mientras es miembro del plan, tal vez deba pagar usted mismo el costo total.

Si se daña, se pierde o le roban su tarjeta de miembro del plan, llame de inmediato a Servicios para Miembros y le enviaremos una nueva. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 3.2 **El Directorio de proveedores: Su guía de todos los proveedores de la red del plan**

El *Directorio de Proveedores* tiene una lista de los proveedores de nuestra red.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como el pago completo. Hemos coordinado con estos proveedores para que brinden los cuidados médicos que están cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio de Internet www.fhcpmedicare.com.

Capítulo 1. Cómo iniciarse como miembro

¿Por qué debe estar informado sobre qué proveedores forman parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores son parte de nuestra red porque, con excepciones limitadas, mientras es miembro de nuestro plan debe usar proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted está fuera del área), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que FHCP Medicare Premier Advantage autoriza el uso de proveedores que no pertenecen a la red. Vea el Capítulo 3 (*Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica sobre la cobertura en caso de emergencias, fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene el *Directorio de Proveedores*, puede obtener una copia de éste a través de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Puede solicitar a Servicios para Miembros más información sobre nuestros proveedores de la red, incluidas sus cualificaciones. También puede consultar el *Directorio de proveedores* en www.fhcpmedicare.com, o descargarlo desde este sitio de Internet. Tanto Servicios para Miembros como el sitio web pueden proporcionarle la información más actualizada con respecto a los cambios de nuestros proveedores de la red.

Capítulo 1. Cómo iniciarse como miembro

Sección 3.3 El Directorio de farmacias: Su guía de farmacias de nuestra red**¿Qué son las “farmacias de la red”?**

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos recetados cubiertos a los miembros de nuestro plan.

¿Por qué debe estar informado sobre las farmacias de la red?

Puede usar el *Directorio de Farmacias* para buscar la farmacia de la red que desea usar. Se han introducido cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Encontrará un directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web, www.fhcpmedicare.com. También puede llamar a Servicios para Miembros, para obtener información actualizada del proveedor o para pedirnos que le enviemos por correo el *Directorio de Farmacias*. **Revise el Directorio de Farmacias 2022 para ver qué farmacias se encuentran dentro de nuestra red.**

El *Directorio de farmacias* también le dirá qué farmacias en nuestra red tienen costo compartido preferido, que puede ser menor que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de Farmacias*, puede obtener una copia de éste a través de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Puede llamar a Servicios para Miembros en cualquier momento para obtener información actualizada con respecto a los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio de Internet, www.fhcpmedicare.com.

Sección 3.4 La Lista de medicamentos cubiertos del plan (formulario)

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. La denominamos “Lista de Medicamentos”, para abreviar. Le dice qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos en virtud del beneficio de la Parte D incluido en FHCP Medicare Premier Advantage. Nuestro plan, con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de esta lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de FHCP Medicare Premier Advantage.

La Lista de Medicamentos también le indica si existe alguna regla que restrinja la cobertura de sus medicamentos.

Le brindaremos una copia de la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio de Internet del plan (www.fhcpmedicare.com) o llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).

Capítulo 1. Cómo iniciarse como miembro

Sección 3.5 La Explicación de beneficios de la Parte D (la “EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de los pagos hechos por sus medicamentos recetados de la Parte D

Cuando use sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido que lo ayude a comprender los pagos hechos por sus medicamentos recetados de la Parte D y hacer un seguimiento de dichos pagos. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (o “EOB de la Parte D”).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le indica la cantidad total que usted, otros en su nombre, y nosotros hemos gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D, y el monto total pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante cada mes que se utilizó el beneficio de la Parte D. La EOB de la Parte D proporciona más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos de precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Debe consultar con la persona autorizada para extender recetas acerca de estas opciones de menor costo. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) brinda más información sobre la *Explicación de Beneficios de la Parte D* y sobre cómo puede ayudarlo a hacer un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

La *Explicación de beneficios de la Parte D* también puede obtenerse previa solicitud. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para FHCP Medicare Premier Advantage

Sección 4.1 ¿Cuánto es la prima de su plan?

Usted no paga una prima mensual del plan por separado para FHCP Medicare Premier Advantage. Usted debe continuar realizando el pago de su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero realicen el pago de la prima de la Parte B por usted).

En algunas situaciones, la prima de su plan puede costar más.

En algunas situaciones, la prima de su plan puede ser superior a la cantidad indicada en la Sección 4.1. Esta situación se describe a continuación.

- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** en la Parte D porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando pasaron a ser elegibles por primera vez o porque transcurrieron 63 días o más consecutivos sin que tuvieran una cobertura de medicamentos recetados “acreditable”. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos tanto como lo que ofrece la cobertura de medicamentos recetados

Capítulo 1. Cómo iniciarse como miembro

estándar de Medicare). Para estos miembros, a la prima mensual del plan se le suma la multa por inscripción tardía en la Parte D. La cantidad de la prima será la prima mensual del plan más la cantidad de la multa por inscripción tardía en la Parte D.

- Si le corresponde pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin otra cobertura acreditable de medicamentos recetados o de la Parte D. La Sección 5 del Capítulo 1 explica en qué consiste la multa por inscripción tardía en la Parte D.
- Si le han aplicado una multa por inscripción tardía en la Parte D y no la paga, es posible que se dé de baja su inscripción del plan.
- Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, también conocido como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount), porque, hace 2 años, tenían un ingreso bruto ajustado modificado superior a cierta cantidad, en su declaración de impuestos del IRS. Los miembros sujetos a un IRMAA deberán pagar el monto de la prima estándar y este cargo adicional, que se sumará a su prima. La Sección 6 del Capítulo 1 explica el IRMAA en más detalle.

SECCIÓN 5 ¿Está obligado a pagar la “multa por inscripción tardía” en la Parte D?

Sección 5.1 ¿Qué es la “multa por inscripción tardía” en la Parte D?
--

Nota: Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados, no pagará la multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es un monto que se agrega a su prima de la Parte D. Puede pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si en cualquier momento después de que el período de inscripción inicial se termina, hay un período de 63 días consecutivos o más sin que tenga la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. (La “cobertura acreditable de medicamentos recetados” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare ya que se espera que pague, en promedio, tanto como lo que ofrece la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin otra cobertura acreditable de medicamentos recetados o de la Parte D. Deberá pagar esta multa mientras siga teniendo cobertura de la Parte D.

Cuando se inscribe por primera vez en FHCP Medicare Premier Advantage, le informamos la cantidad de la multa. Su multa por inscripción tardía en la Parte D se considera su prima del plan. Si no paga la multa por inscripción tardía en la Parte D, es posible que pierda sus beneficios de medicamentos recetados.

Capítulo 1. Cómo iniciarse como miembro**Sección 5.2 ¿Cuál es el valor de la multa por inscripción tardía en la Parte D?**

Medicare determina la cantidad de la multa. A continuación se describe cómo funciona este proceso:

- En primer lugar, cuente la cantidad de meses completos que se ha demorado en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, después de pasar a ser elegible para dicha inscripción. O bien cuente la cantidad de meses completos durante los cuales no tuvo cobertura acreditable de medicamentos recetados, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1 % por cada mes que usted no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si permanece 14 meses sin cobertura, la multa será el 14%.
- Luego, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país respecto del año anterior. Para 2022, esta cantidad de prima mensual promedio es de \$33.37.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima mensual promedio y redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14 % de \$33.37, que equivale a \$4.67. Esto se redondea a \$4.70. Esta cantidad se debe agregar **a la prima mensual para alguien con una multa por inscripción tardía en la Parte D.**

Hay tres cosas importantes que se deben tener en cuenta con respecto a esta multa por inscripción tardía en la Parte D mensual:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, porque la prima promedio mensual puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (según lo determine Medicare) aumenta, su multa aumentará.
- En segundo lugar, **usted continuará pagando una multa** todos los meses durante el período 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 años actualmente y está recibiendo beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D quedará en cero cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía en la Parte D se basará solo en los meses que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial por vejez para Medicare.

Sección 5.3 En algunas situaciones, puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa.

Incluso si se ha demorado en inscribirse a un plan que ofrece cobertura de la Parte D de Medicare cuando pasó a ser elegible por primera vez, en ocasiones, no debe pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D.

Capítulo 1. Cómo iniciarse como miembro

No deberá pagar una multa de pago por inscripción tardía si se encuentra en una de las siguientes situaciones:

- Si ya tiene una cobertura de medicamentos recetados que se espera que pague, en promedio, tanto como lo que ofrece la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Medicare la denomina “**cobertura de medicina acreditable**”. Tenga en cuenta que:
 - La cobertura acreditable podría incluir cobertura de medicamentos de un empleador o sindicato anterior, de TRICARE o del Departamento de Asuntos de Veteranos. Su compañía de seguros o su departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Se le puede enviar esta información en una carta o se puede incluir en un boletín informativo del plan. Guarde esta información ya que la puede necesitar si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Tenga en cuenta que:** Si recibe un “certificado de cobertura acreditable” cuando su cobertura de salud termina, podría no significar que su cobertura de medicamentos recetados era acreditable. El aviso debe indicar que usted tuvo una cobertura de medicamentos recetados "acreditable" que se espera que pague tanto como lo que paga el plan estándar de medicamentos recetados de Medicare.
 - Las siguientes situaciones *no* corresponden a una cobertura de medicamentos recetados acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos de medicamentos.
 - Para obtener información adicional sobre la cobertura acreditable, consulte su manual *Medicare y usted 2022* o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si se quedó sin cobertura acreditable, pero estuvo sin ella por menos de 63 días seguidos.
- Si está recibiendo “Ayuda Adicional” de Medicare.

Sección 5.4	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D?
--------------------	--

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión de la decisión relacionada con su multa por inscripción tardía. Por lo general, debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días** a partir de la fecha en la primera carta que recibió, indicando que tiene que pagar una multa por inscripción tardía. Si estaba pagando una multa antes de unirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad para solicitar una revisión de dicha multa por inscripción tardía. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Capítulo 1. Cómo iniciarse como miembro

Importante: No deje de pagar su multa por inscripción tardía en la Parte D mientras espera por una revisión de la decisión relacionada con su multa por inscripción tardía. Si no la paga, es posible que se dé de baja su inscripción por falta de pago de las primas de su plan.

SECCIÓN 6 ¿Tiene que pagar una cantidad adicional por la Parte D debido a su ingreso?

Sección 6.1 ¿Quién paga una cantidad adicional por la Parte D debido al ingreso?

Si el ingreso bruto ajustado modificado que informó en su declaración de impuestos ante el IRS hace 2 años es superior a cierta cantidad, pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se suma a su prima.

Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta para informarle cuál será la cantidad adicional y cómo pagarla. La cantidad adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo suele hacer el pago de la prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional que adeuda. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan.**

Sección 6.2 ¿Cuál es la cantidad adicional de la Parte D?

Si su ingreso bruto ajustado modificado (MAGI, por sus siglas en inglés) como se reportó en su declaración de impuestos ante el IRS es superior a cierta cantidad, pagará una cantidad además de su prima mensual del plan. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que posiblemente deba pagar con base en su ingreso, visite www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con el pago de una cantidad adicional de la Parte D?

Si no está de acuerdo con el pago de la cantidad adicional debido a su ingreso, puede solicitar al Seguro Social que 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).

Capítulo 1. Cómo iniciarse como miembro

Sección 6.4 ¿Qué sucede si usted no paga la cantidad adicional de la Parte D?

La cantidad adicional se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) para su cobertura de la Parte D de Medicare. Si le corresponde pagar dicha cantidad adicional por ley y no lo hace, su inscripción al plan se dará de baja y perderá la cobertura para medicamentos recetados.

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

Muchos miembros deben efectuar otros pagos de primas de Medicare

Muchos miembros deben efectuar otros pagos de primas de Medicare. Como se explicó en la Sección 2 anterior, a fin de poder inscribirse a nuestro plan, usted debe tener tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan (aquellos que no cumplen los requisitos para la Parte A sin prima) realizan el pago de la prima para la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan realizan el pago de la prima para la Parte B de Medicare. **Usted debe continuar realizando el pago de sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.**

Si el ingreso bruto ajustado modificado que informó en su declaración de impuestos ante el IRS hace 2 años es superior a cierta cantidad, pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se suma a su prima.

- **Si tiene que pagar la cantidad adicional y no la paga, será dado de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**
- Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta en la cual se le indicará el valor de la cantidad adicional.
- Para obtener mayor información acerca de las primas de la Parte D basadas en el ingreso, consulte la Sección 6 del Capítulo 1 de este folleto. También puede visitar el sitio de Internet www.medicare.gov o 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. O puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

En su copia del manual *Medicare y usted 2022*, en la sección “Costos de Medicare para 2022”, se brinda información sobre las primas de Medicare. Esto explica cómo difieren las primas Parte B y Parte D de Medicare para las personas con diferentes ingresos. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare y usted 2022* en el otoño de cada año. Las personas que recién ingresan en Medicare la reciben en el término de un mes después de inscribirse. También puede descargar una copia del manual *Medicare y usted 2022* del sitio de Internet de Medicare (www.medicare.gov). O bien puede solicitar una copia impresa por

Capítulo 1. Cómo iniciarse como miembro

teléfono 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 7.1	Si paga una multa por inscripción tardía en la Parte D, hay varias maneras de efectuar el pago de su multa.
--------------------	--

Si paga una multa por inscripción tardía en la Parte D, hay *siete* maneras de pagar la multa. Si no selecciona una opción de pago en el formulario de inscripción, se le facturará automáticamente todos los meses. Puede solicitar un cambio en la forma en que paga la multa por inscripción tardía en la Parte D en cualquier momento llamando al Departamento de Finanzas de FHCP Medicare al 1-386-615-4066 o al 1-800-352-9824, int. 4066 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770). El horario es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m., hora local.

Si decide cambiar el modo en que realiza el pago de su multa por inscripción tardía en la Parte D, el nuevo método de pago puede demorar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su petición de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que recibamos el pago de su multa por inscripción tardía en la Parte D puntualmente.

Opción 1: Usted puede pagar con cheque.

Si escoge esta opción, se le cobrará (facturará) su multa por inscripción tardía en la Parte D cada mes. El pago de su multa por inscripción tardía en la Parte D se debe hacer el primer día de cada mes. Puede pagar las multas, enviando un cheque por correo a la siguiente dirección: FHCP Medicare, PO Box 660289, Dallas, TX 75266-0289. Puede enviar los pagos de multa por correo con entrega al día siguiente a: FHCP Medicare, Atención: CCR, Bldg. 100, 3rd Floor, 4800 Deerwood Campus Pkwy, Jacksonville, FL 32246-6498. Asegúrese de emitir los cheques a FHCP Medicare, no a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), la agencia federal a cargo de Medicare, ni a la agencia matriz de los CMS, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS).

Opción 2: Opción de Pago Automático (APO)

En vez de pagar con cheque, puede pedir que su multa por inscripción tardía en la Parte D mensual se debite automáticamente de su cuenta bancaria. Los pagos se deducirán mensualmente. Las deducciones se realizan el tercer día de cada mes.

Capítulo 1. Cómo iniciarse como miembro

Para inscribirse en la opción de pago automático:

- Vaya a www.fhcpmedicare.com y seleccione el enlace Portal para miembros en la barra de herramientas en la parte superior de la página.
- Una vez en el Portal para miembros, haga clic en el enlace “Pay my bill” (Pagar mi factura) en la sección My Quick Links (Mis enlaces rápidos) o My Resources (Mis recursos) en la parte superior de la página.

Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Finanzas de FHCP Medicare al 1-386-615-4066 o al 1-800-352-9824, int. 4066 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770). El horario es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m., hora local.

Opción 3: Puede pagar mediante un cargo mensual recurrente en su tarjeta de débito o crédito después de haberse inscrito en el plan.

Después de convertirse en miembro del plan, puede pedir que se le cobre automáticamente a su tarjeta de débito o crédito la multa por inscripción tardía en la Parte D mensual. Los pagos se deducirán mensualmente. Las deducciones se realizan el tercer día de cada mes.

Para inscribirse en la opción de pago automático:

- Vaya a www.fhcpmedicare.com y seleccione el enlace Portal para miembros en la barra de herramientas en la parte superior de la página.
- Una vez en el Portal para miembros, haga clic en el enlace “Pay my bill” (Pagar mi factura) en la sección My Quick Links (Mis enlaces rápidos) o My Resources (Mis recursos) en la parte superior de la página.

Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Finanzas de FHCP Medicare al 1-386-615-4066 o al 1-800-352-9824, int. 4066 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770). El horario es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m., hora local.

Opción 4: Usted puede pagar por teléfono.

Puede pagar la factura correspondiente a su multa por inscripción tardía en la Parte D mensual por teléfono llamando al Departamento de Finanzas de FHCP Medicare al 1-386-615-4066 o al 1-800-352-9824, int. 4066 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770). El horario es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m., hora local. Puede realizar el pago usando su número de cuenta corriente o de caja de ahorro, junto con el número de ruta de nueve dígitos de su institución financiera, o bien, utilizando su tarjeta de débito o crédito.

Opción 5: Puede pagar en línea.

También puede pagar su multa por inscripción tardía en la Parte D mensual en el sitio de Internet de nuestro plan.

Para hacer un pago en línea:

- Vaya a www.fhcpmedicare.com y seleccione el enlace Portal para miembros en la barra de herramientas en la parte superior de la página.
- Una vez en el Portal para miembros, haga clic en el enlace “Pay my bill” (Pagar mi factura) en la sección My Quick Links (Mis enlaces rápidos) o My Resources (Mis recursos) en la parte superior de la página.

Capítulo 1. Cómo iniciarse como miembro

Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Finanzas de FHCP Medicare al 1-386-615-4066 o al 1-800-352-9824, int. 4066 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770). El horario es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m., hora local.

Opción 6: Puede deducir el pago de la multa por inscripción tardía en la Parte D de su cheque mensual de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios.

Puede deducir el pago de la multa por inscripción tardía de su cheque mensual de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB). Comuníquese con el Departamento de Inscripción de FHCP Medicare si necesita obtener más información sobre cómo pagar su multa de esta manera. Nos complacerá ayudarlo al respecto. Puede comunicarse con el Departamento de Inscripción al 1-386-676-7160 o al 1-800-352-9824, int. 7160 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770). El horario es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local.

Opción 7: Puede deducir el pago de la multa por inscripción tardía en la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social.

Puede deducir el pago de la multa por inscripción tardía en la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con el Departamento de Inscripción de FHCP Medicare si necesita obtener más información sobre cómo pagar su multa de esta manera. Nos complacerá ayudarlo al respecto. Puede comunicarse con el Departamento de Inscripción al 1-386-676-7160 o al 1-800-352-9824, int. 7160 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770). El horario es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local.

Qué debe hacer si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía en la Parte D

El pago de su multa por inscripción tardía en la Parte D se debe hacer en nuestra oficina a más tardar el primer día del mes. Si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.

Si tiene problemas para pagar puntualmente su multa por inscripción tardía en la Parte D, comuníquese con Servicios para Miembros para ver si podemos remitirlo a programas que lo ayudarán con el pago de su multa. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Si damos de baja su inscripción en el plan por incumplimiento del pago de la multa por inscripción tardía en la Parte D, tendrá cobertura de salud con Original Medicare y no podrá recibir cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el período de inscripción anual.

Al momento en que demos de baja su inscripción, es posible que siga debiéndonos la multa que no haya pagado. Tenemos derecho a demandar el cobro del monto de la multa adeudado. En el futuro, si desea afiliarse nuevamente a nuestro plan (o a otro plan que ofrezcamos), deberá pagar la cantidad adeudada antes de poder afiliarse.

Capítulo 1. Cómo iniciarse como miembro

Si cree que hemos puesto fin a su inscripción de manera injusta, usted tiene derecho a presentar una queja para que reconsideremos esta decisión. La Sección 10 del Capítulo 9 de este folleto indica cómo presentar una queja. Si tuvo una circunstancia de emergencia que estuvo fuera de su control y esto hizo que no pudiera pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D dentro de nuestro período de gracia, puede solicitarnos que reconsideremos esta decisión llamando al Departamento de Inscripción al 1-386-676-7160 o al 1-800-352-9824, int. 7160, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, O al Departamento de Finanzas al 1-386-615-4066, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m., hora local, de lunes a viernes. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-800-955-8770. Debe realizar su solicitud antes de transcurridos 60 días desde de la fecha en que finaliza su inscripción.

Sección 7.2	¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?
--------------------	---

No. No se nos permite cobrar la prima mensual del plan durante el año. Si el pago mensual del plan cambia para el siguiente año, le informaremos en septiembre, y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que tenga que empezar a pagar o que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía. (La multa por inscripción tardía puede aplicarse si transcurrieron 63 días consecutivos o más sin que tuviera una cobertura de medicamentos recetados “acreditable”). Esto podría suceder si pasa a ser elegible para el programa de "Ayuda Adicional" o si pierde su elegibilidad para el programa de "Ayuda Adicional" durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía en la Parte D y se hizo elegible durante el año para recibir “Ayuda adicional”, podría dejar de pagar su multa.
- Si pierde la Ayuda adicional, quedará sujeto a la multa por inscripción tardía si permanece sin cobertura acreditable de medicamentos recetados o la Parte D durante 63 días seguidos o más.

Puede obtener más información sobre el programa de “Ayuda Adicional” en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 8 **Mantenga actualizado su registro de miembro del plan.**

Sección 8.1	Cómo ayudar a garantizar que tengamos información precisa sobre usted
--------------------	--

Su registro de miembro contiene información de su formulario de inscripción, incluidos su número de teléfono y dirección. Muestra su cobertura específica del plan incluido su Proveedor de Atención Primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber qué servicios y medicamentos tiene usted cubiertos y qué montos debe pagar en**

Capítulo 1. Cómo iniciarse como miembro

gastos compartidos. Por ello, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos acerca de estos cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como cobertura de su empleador, el empleador de su cónyuge, Compensación para el Empleado por accidentes laborales [Worker's Comp.] o Medicaid)
- Si tiene un seguro de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si ha sido internado en un centro de cuidados médicos no especializados.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentra fuera del área de cobertura o que no pertenece a la red.
- Si designa a otra persona como parte responsable (por ejemplo, su cuidador)
- Si está participando en un estudio de investigación clínica.

Si cualquiera de estos datos cambia, háganoslo saber llamando a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Lea la información que le enviamos sobre cualquier otra cobertura de seguro que tenga.

Medicare nos exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios de nuestro plan. (Para obtener más información acerca de cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Una vez al año le enviaremos una carta en la que se indicará cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Vuelva a leer detenidamente esa información. Si es correcta, no tiene que hacer nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no se menciona, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Capítulo 1. Cómo iniciarse como miembro

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información de salud personal.

Sección 9.1 Nos aseguramos de que se proteja su información de salud.

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

Para obtener más información acerca de cómo protegemos su información de salud personal, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 8 de este folleto.

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Sección 10.1 ¿Cuál plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud de grupo empleador), hay normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan u otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina el “pagador principal” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga segundo, que se denomina el “pagador secundario”, paga únicamente si hay costos no cubiertos por la cobertura principal. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos.

Estas normas son aplicables a la cobertura de los planes de salud grupales de un empleador o sindicato:

- Si usted tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en el empleo actual suyo o de un miembro de su familia, quién pague primero va a depender de su edad, el número de personas empleadas por su empleador y si usted tiene Medicare basado en su edad, discapacidad o Enfermedad Renal Terminal (ESRD):
 - Si es menor de 65 años de edad y está discapacitado y usted o un miembro de su familia está todavía trabajando, su plan de salud de grupo paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más o si al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años de edad y usted o su cónyuge todavía están trabajando, su plan médico de grupo paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más o si al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que gane el derecho a recibir cobertura de Medicare.

Capítulo 1. Cómo iniciarse como miembro

Por lo general, estos tipos de cobertura pagan primero por los servicios relacionados a cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido seguro para automóvil)
- Responsabilidad (incluido seguro para automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis del minero
- Compensación para el Empleado por accidentes laborales

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

Si tiene otro seguro, infórmelo a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas acerca de quién paga primero o necesita actualizar la información de su otro seguro, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que deba proporcionar el número de identificación de miembro del plan a sus otros miembros (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correcta y oportunamente.

CAPÍTULO 2

*Números de teléfono
y recursos importantes*

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de FHCP Medicare Premier Advantage (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para Miembros del plan)	28
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)	33
SECCIÓN 3	Programa de asistencia para seguro médico estatal (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare)	34
SECCIÓN 4	Organización para el mejoramiento de la calidad (financiada por Medicare para evaluar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare)	35
SECCIÓN 5	Seguro Social	36
SECCIÓN 6	Medicaid (programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados)	37
SECCIÓN 7	Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados	38
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios	42
SECCIÓN 9	¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico proporcionado por un empleador?	43

SECCIÓN 1 Contactos de FHCP Medicare Premier Advantage **(cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para Miembros del plan)**

Cómo comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente de nuestro plan

Para obtener asistencia relacionada con preguntas sobre tarjetas de miembro, reclamaciones o facturación, llame o escriba a Servicios para Miembros de FHCP Medicare Premier Advantage. Nos complacerá ayudarlo.

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAME AL	<p>1-833-866-6559</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8.00 a. m. a 8.00 p. m. hora local, los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados principales.</p> <p>El departamento de Atención a los Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación, que están disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>1-800-955-8770</p> <p>Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades de la audición o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8.00 a. m. a 8.00 p. m. hora local, los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados principales.</p>
FAX	<p>1-386-676-7149</p>
ESCRIBA A	<p>FHCP Medicare Atención: Atención al Cliente PO Box 9910 Daytona Beach, FL 32120</p>
SITIO DE INTERNET	<p>www.fhcpmedicare.com</p>

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos en relación con sus beneficios y su cobertura o sobre la cantidad que pagará por sus servicios médicos o sus medicamentos recetados cubiertos en virtud del beneficio de la Parte D incluido en su plan. Para obtener más información acerca de cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre nuestro proceso de decisión de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura para atención médica y medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	1-833-866-6559 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8.00 a. m. a 8.00 p. m. hora local, los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados principales.
TTY	1-800-955-8770 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8.00 a. m. a 8.00 p. m. hora local, los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados principales.
FAX	1-386-676-7149
ESCRIBA A	FHCP Medicare Atención: Atención al Cliente PO Box 9910 Daytona Beach, FL 32120
SITIO DE INTERNET	www.fhcpmedicare.com

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación relacionada con su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D**

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Apelaciones por atención médica y medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	<p>1-833-866-6559</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8.00 a. m. a 8.00 p. m. hora local, los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados principales.</p>
TTY	<p>1-800-955-8770</p> <p>Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8.00 a. m. a 8.00 p. m. hora local, los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados principales.</p>
FAX	1-386-676-7149
ESCRIBA A	<p>FHCP Medicare Atención: Atención al Cliente PO Box 9910 Daytona Beach, FL 32120</p>
SITIO DE INTERNET	www.fhcpmedicare.com

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja relacionada con su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D**

Puede presentar una queja contra nosotros o uno de los proveedores o de las farmacias de nuestra red, incluyendo una queja relacionada con la calidad de la atención. Este tipo de queja no abarca disputas por cobertura ni pago. (Si su problema es acerca de la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre atención médica y medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	1-833-866-6559 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8.00 a. m. a 8.00 p. m. hora local, los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados principales.
TTY	1-800-955-8770 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8.00 a. m. a 8.00 p. m. hora local, los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados principales.
FAX	1-386-676-7149
ESCRIBA A	FHCP Medicare Atención: Atención al Cliente PO Box 9910 Daytona Beach, FL 32120
Sitio de Internet DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre FHCP Medicare Premier Advantage directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare por Internet, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**Dónde enviar una solicitud que requiere que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o un medicamento que usted haya recibido**

Para obtener más información sobre situaciones en las que sea posible que usted deba solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que usted haya recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitamos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitudes de pago. Información de contacto
LLAME AL	1-833-866-6559 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8.00 a. m. a 8.00 p. m. hora local, los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados principales.
TTY	1-800-955-8770 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8.00 a. m. a 8.00 p. m. hora local, los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados principales.
FAX	1-386-676-7149
ESCRIBA A	FHCP Medicare Atención: Claims Department PO Box 10348 Daytona Beach, FL 32120
SITIO DE INTERNET	www.fhcpmedicare.com

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicio a los Programas de Medicare y Medicaid (en ocasiones, denominados “CMS”). Esta agencia tiene un contrato con Organizaciones Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare – Información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. las 24 horas al día, los 7 días a la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO DE INTERNET	<u>www.medicare.gov</u> Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Aquí encontrará información actualizada sobre Medicare y asuntos actuales de Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias para el cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar información de contacto de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada acerca de su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas: <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: Brinda información del estado de elegibilidad de Medicare.• Buscador de planes de Medicare: Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, planes de salud de Medicare, y pólizas de Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan una <i>estimación</i> de cuáles podrían ser los costos a su cargo en los diferentes planes de Medicare. También puede usar el sitio de Internet para comunicar a Medicare cualquier queja que pueda tener usted con respecto a FHCP Medicare Premier Advantage:

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Medicare – Información de contacto
	<ul style="list-style-type: none"> • Comuníquese su queja a Medicare: Puede presentar una queja sobre FHCP Medicare Premier Advantage directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio las quejas y usará dicha información para mejorar la calidad del programa Medicare. <p>Si no tiene computadora, tal vez la biblioteca o el centro de jubilados local puedan facilitarle una para visitar este sitio web. O bien, puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

SECCIÓN 3 Programa de asistencia para seguro médico estatal (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa de Asistencia para Seguro Médico Estatal (SHIP) es un programa gubernamental que tiene asesores capacitados en cada estado. En Florida, el SHIP se denomina *Atención de Necesidades de Seguro Médico de Ancianos (Serving Health Insurance Needs of Elders, SHINE)*.

SHINE es independiente (no tiene relación con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud). Es un programa estatal que recibe financiamiento del gobierno federal para ofrecer asesoramiento gratuito sobre seguros médicos a las personas de la comunidad que tienen Medicare.

Los asesores de *SHINE* pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, ayudarlo a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médicos y ayudarlo a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores de *SHINE* también pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y a responder sus preguntas acerca de pasarse a otros planes.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov.
- Haga clic en “**Forms, Help, and Resources**” (Formularios, ayuda y recursos) en el extremo derecho del menú en la parte superior.
- En el menú desplegable, haga clic en “**Phone Numbers & Websites**” (Números de teléfono y sitios web).
- Ahora tiene varias opciones.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

- Opción 1: Puede tener un **chat en vivo**.
- Opción 2: Puede hacer clic en cualquiera de los “**TOPICS**” (TEMAS) en el menú de abajo.
- Opción 3: Puede seleccionar su **STATE** (ESTADO) en el menú desplegable y hacer clic en **GO** (IR). Esto lo dirigirá a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	SHINE (SHIP de Florida) – Información de contacto
LLAME AL	1-800-963-5337
TTY	1-800-955-8770 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades de la audición o del habla.
ESCRIBA A	SHINE Program Department of Elder Affairs (Departamento de las Personas Mayores) 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000
SITIO DE INTERNET	www.floridashine.org

SECCIÓN 4 Organización para el mejoramiento de la calidad (financiada por Medicare para evaluar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare)

Hay una organización para el mejoramiento de la calidad designada para prestar servicios a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En el estado de *Florida*, esta organización se denomina *KEPRO*.

KEPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes les paga el gobierno federal. Esta organización es financiada por Medicare para evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención brindada a las personas que tienen Medicare. *KEPRO* es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con *KEPRO* en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Considera que la cobertura para su hospitalización termina demasiado pronto.
- Considera que la cobertura para su atención médica en el hogar, su atención en un centro de cuidados médicos especializados o los servicios de una Instalación Integral de

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) terminan demasiado pronto.

Método	<i>KEPRO (organización para el mejoramiento de la calidad de Florida) – Información de contacto</i>
LLAME AL	Teléfono gratuito 1-888-317-0751 Teléfono local 1-813-280-8256 Horario de atención de la línea de ayuda: Días de semana: de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del este, del centro, de la montaña, del Pacífico, de Alaska y de Hawái-Aleutiano. Fines de semana y feriados: de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., hora del este, del centro, de la montaña, del Pacífico, de Alaska y de Hawái-Aleutiano.
TTY	1-855-843-4776 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades de la audición o del habla.
ESCRIBA A	KEPRO 5201 West Kennedy Boulevard Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO DE INTERNET	www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar quienes cumplen los requisitos de inscripción de Medicare y de gestionar el proceso de inscripción en Medicare. Son elegibles para Medicare los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales que tienen 65 años de edad o más, o que tienen una discapacidad o una enfermedad renal terminal, y cumplen con determinadas condiciones. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción a Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a sus altos ingresos. Si recibió una carta del Seguro Social donde se le informa que debe pagar una cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad, o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que cambió su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar que se reconsidere esta decisión.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

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

Método	Seguro Social – Información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Esta línea atiende de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y resolver algunos asuntos las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Esta línea atiende de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
SITIO DE INTERNET	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid (programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados)

Medicaid es un programa del gobierno federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas que tienen Medicare también son elegibles para Medicaid.

Además, hay programas ofrecidos a través de Medicaid para ayudar a las personas que tienen Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como sus primas mensuales. Estos “programas de ahorro de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid (QMB+).)
- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona calificada (Qualified individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

- **Personas Discapacitadas y Trabajadoras que Califican (QDWI, por sus siglas en inglés) :** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con la *Agencia para la Administración de la Atención Médica de Florida*.

Método	<i>Agencia para la Administración de la Atención Médica (programa Medicaid de Florida) – Información de contacto</i>
LLAME AL	1-888-419-3456 El horario es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del este.
TTY	1-800-955-8771 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades de la audición o del habla.
ESCRIBA A	Agency for Health Care Administration 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308
SITIO DE INTERNET	www.ahca.myflorida.com/medicaid

SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados

Programa “Ayuda Adicional” de Medicare

Medicare brinda "Ayuda Adicional" para pagar los costos de los medicamentos recetados a las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa o automóvil. Si reúne los requisitos, recibirá ayuda para abonar cualquier prima mensual, deducible anual y copagos de los medicamentos recetados del plan de medicamentos de Medicare. Esta “Ayuda Adicional” también se tiene en cuenta para los costos a su cargo.

Algunas personas reúnen automáticamente los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” y no necesitan solicitarla. Medicare envía una carta a las personas que reúnen automáticamente los requisitos para recibir “Ayuda Adicional”.

Usted puede obtener "Ayuda Adicional" para efectuar sus pagos de primas y pagar los costos de los medicamentos recetados. A fin de confirmar si reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional”, llame

- 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.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

- A la Oficina del Seguro social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes entre las 7:00 a. m. y las 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
- a la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes) (vea la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si considera que usted cumple los requisitos para recibir “Ayuda adicional” y que paga una cantidad incorrecta en concepto de costo compartido cuando obtiene sus medicamentos recetados en la farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener una constancia de su nivel apropiado de copago o, en el caso de que ya la tenga, presentarnos dicha constancia.

- **Si usted no puede proporcionar constancia de elegibilidad para recibir “Ayuda adicional”:**
 - Les pediremos a usted o a su representante (por ejemplo, su farmacéutico) determinada información, incluido cuándo se le acabará su medicamento.
 - Enviaremos su solicitud a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la agencia federal que administra Medicare, en el transcurso de un día hábil luego de recibirla. Los CMS se pondrán en contacto con la oficina de Medicaid de su estado para determinar su situación e informarnos los resultados antes de la fecha en que usted indicó que se le acabará su medicamento en un plazo de diez días, lo que ocurra primero.
 - Si tiene medicamentos para menos de tres días, los CMS se comunicarán con la oficina de Medicaid de su estado al día siguiente de recibir la solicitud que presentamos en su nombre y nos informarán los resultados un día hábil después de recibir la respuesta del estado.
 - Procuraremos notificarle los resultados de la averiguación de los CMS un día hábil después de recibirlos. Si no podemos comunicarnos con usted la primera vez que lo intentemos, haremos hasta tres intentos más para notificarlo. Nuestro cuarto intento será por escrito. En nuestra notificación se incluirá la información de contacto de los CMS en caso de que usted no esté de acuerdo con los resultados de la investigación.
 - Le suministraremos sus medicamentos a un nivel de costo compartido más bajo tan pronto determinemos que usted cumple los requisitos para recibir “Ayuda adicional”, a fin de hacer frente a los costos de sus medicamentos recetados.
- **Si usted tiene constancia de elegibilidad para recibir “Ayuda adicional”:**
 - Debemos aceptar cualquiera de los siguientes tipos de constancia como prueba de su elegibilidad para recibir “Ayuda adicional”. La constancia puede ser proporcionada por usted o su farmacéutico, defensor, representante, familiar u otra persona que actúe en su representación. Cada ítem enumerado a continuación debe mostrar que usted fue elegible para Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior:

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

- Una copia de su tarjeta de Medicaid que incluya su nombre y una fecha de elegibilidad.
 - Una copia de un documento estatal que confirme su situación activa con Medicaid;
 - Una copia impresa del archivo de afiliación electrónica de su estado, que refleje la situación con Medicaid;
 - Una copia impresa de la información en pantalla del sistema de Medicaid de su estado, que refleje la situación con Medicaid después de junio del año calendario anterior;
 - Otra documentación proporcionada por el estado, que refleje su situación con Medicaid;
 - Un informe de contacto, que incluya la fecha en que se hizo una llamada de verificación a la agencia de Medicaid del estado y el nombre, cargo y número de teléfono del personal del estado que verificó la situación con Medicaid.
 - Un comprobante emitido por un centro de atención a largo plazo que refleje que Medicaid pagó por usted durante todo un mes calendario.
 - Una copia de un documento estatal que confirme que Medicaid paga, en su nombre, a un centro de cuidados a largo plazo durante todo un año calendario;
 - Una copia impresa de la información en pantalla del sistema de Medicaid de su estado, que refleje su estado institucional basado en una estadía de, al menos, un mes calendario completo para fines de pago de Medicaid;
 - Una copia de un documento estatal que confirme su estado activa con Medicaid y que refleje que está recibiendo servicios basados en la comunidad y en el hogar.
 - Una notificación de adjudicación de Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) con fecha de entrada en vigencia; o una carta de información importante de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) que confirme que usted es automáticamente elegible para recibir “Ayuda adicional”.
- Cuando recibamos la constancia que indique su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda abonar el copago correcto la próxima vez que deba obtener su medicamento recetado en la farmacia. Si paga más en concepto de copago que lo que le corresponde, le haremos un reembolso. Le enviaremos un cheque por la diferencia, o bien, ajustaremos los copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo considera como una deuda suya, es posible que le paguemos directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos pagar directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Programa de descuentos para la brecha en la cobertura de Medicare

El programa de descuentos para la brecha en la cobertura de Medicare proporciona descuentos de fabricantes en medicamentos de marca a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la brecha en la cobertura y no estén recibiendo “Ayuda adicional”. Para medicamentos de marca, el descuento del 70 % proporcionado por los fabricantes excluye cualquier tarifa de despacho para los costos en la etapa sin cobertura. Los miembros pagan el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de suministro para medicamentos de marca.

Si usted alcanza la brecha en la cobertura, aplicaremos automáticamente el descuento en el momento en que su farmacia le facture el medicamento recetado y cualquier descuento proporcionado se detallará en su Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D). Tanto la cantidad que usted paga como la cantidad descontada por el fabricante cuentan como gastos de desembolso, como si usted las hubiera pagado. Esto le permite pasar la brecha en la cobertura. La cantidad pagada por el plan (5 %) no cuenta como gastos de desembolso.

También recibe cobertura parcial por los medicamentos genéricos. Si alcanza la brecha en la cobertura, el plan paga el 75 % del precio de los medicamentos genéricos y usted paga el 25 % restante del precio. Para los medicamentos genéricos, la cantidad que paga el plan (75 %) no cuenta como parte de sus gastos de desembolso. Solo la cantidad que usted paga cuenta y contribuye a que usted pase la brecha en la cobertura. Además, la tarifa de despacho se incluye como parte del costo del medicamento.

El Programa de Descuentos para la Brecha en la Cobertura de Medicare está disponible a nivel nacional. Debido a que FHCP Medicare Premier Advantage ofrece cobertura de brecha adicional durante la etapa de brecha en la cobertura, sus gastos de desembolso a veces serán inferiores a los costos que aquí se describen. Consulte la Sección 6 del Capítulo 6 para obtener más información sobre su cobertura durante la Etapa de Brecha en la Cobertura.

Si tiene alguna pregunta relacionada con los descuentos disponibles para los medicamentos que está tomando o sobre el Programa de Descuentos para la Brecha en la Cobertura de Medicare en general, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, 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 que las personas que viven con VIH/SIDA y que son elegibles para ADAP tengan acceso a los medicamentos vitales contra el VIH. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para asistencia de costos compartidos de medicamentos a través del Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA de Florida. Nota: Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida una prueba de residencia en el estado y del estado del VIH, bajos ingresos de acuerdo a como lo define el estado, y la condición de no asegurado/subasegurado.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Si actualmente se encuentra inscrito en un ADAP, puede continuar ofreciéndole ayuda de costos compartidos de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare en la Lista de Medicamentos Cubiertos de ADAP. Con el fin de estar seguros de que continúe recibiendo ayuda, notifique a su trabajador local de inscripciones de ADAP de cualquier cambio en su nombre del plan o número de póliza de su Parte D de Medicare. Para comunicarse con el ADAP de Florida, llame al 1-800-352-2437 (TTY 1-888-503-7118) o escríbales a: HIV/AIDS Section, 4052 Bald Cypress Way, Tallahassee, FL 32399.

Para obtener información acerca de los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al ADAP de Florida al 1-800-352-2437 (TTY 1-888-503-7118), o escríbales a: HIV/AIDS Section, 4052 Bald Cypress Way, Tallahassee, FL 32399

¿Qué ocurre si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para ayudarle con el pago de los costos de sus medicamentos recetados? ¿Puede obtener los descuentos?

No. Si recibe “Ayuda Adicional”, usted ya obtiene cobertura para los costos de sus medicamentos recetados durante la brecha en la cobertura.

¿Qué sucede si no recibe un descuento y usted considera que debería haberlo recibido?

Si considera que ya alcanzó la brecha en la cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó por su medicamento de marca, debe revisar su siguiente aviso de *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de Beneficios de la Parte D*, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de medicamentos recetados están correctos y actualizados. Si no estamos de acuerdo en que se le debe un descuento, puede apelar. Para presentar una apelación puede obtener ayuda de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este Capítulo) o llamando 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.

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Si recibe su Medicare a través de Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, es importante que les haga saber si se muda o cambia su dirección de correo postal.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios – Información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0,” puede hablar con un representante de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (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 y a la información grabada de la RRB las 24 horas del día, incluidos fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO DE INTERNET	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico proporcionado por un empleador?

Si usted (o su cónyuge) obtiene beneficios de su grupo empleador o de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el periodo de inscripción de su grupo empleador o de jubilados (o el de su cónyuge). (Los números telefónicos de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en este plan.

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

CAPÍTULO 3

*Cómo usar la cobertura del plan
para sus servicios médicos*

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1	Lo que debe saber acerca de cómo obtener cobertura para su atención médica como miembro de nuestro plan	47
Sección 1.1	¿Qué significa “proveedores de la red” y “servicios cubiertos”?	47
Sección 1.2	Reglas básicas para que el plan cubra la atención médica	47
SECCIÓN 2	Use los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica.	49
Sección 2.1	Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) que proporcione y supervise su atención médica.	49
Sección 2.2	¿Qué clases de atención médica puede obtener sin la aprobación por adelantado de su PCP?	50
Sección 2.3	Cómo obtener atención de especialistas y de otros proveedores de la red....	51
Sección 2.4	Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red	52
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o una necesidad urgente de atención o durante un desastre	53
Sección 3.1	Cómo obtener atención cuando tiene una emergencia médica.....	53
Sección 3.2	Cómo obtener atención cuando tiene una necesidad urgente de servicios....	54
Sección 3.3	Cómo obtener atención durante un desastre.....	55
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si se le cobra directamente el costo total de los servicios cubiertos?	56
Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos.	56
Sección 4.2	Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar el costo total.	56
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?	57
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?.....	57
Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada gasto?.....	58
SECCIÓN 6	Reglas para que se cubra la atención en una “institución religiosa no médica de atención de la salud”	59
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa no médica de atención de la salud?	59
Sección 6.2	Recibir atención de una institución religiosa no médica de atención de la salud.....	59

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 7	Normas para la propiedad de equipo médico duradero	60
Sección 7.1	¿Será el propietario del equipo médico duradero después de hacer cierto número de pagos en virtud de nuestro plan?	60
SECCIÓN 8	Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento	61
Sección 8.1	¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?	61
Sección 8.2	¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?	61
Sección 8.3	¿Qué sucede si deja su plan y regresa a Original Medicare?	62

SECCIÓN 1 Lo que debe saber acerca de cómo obtener cobertura para su atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo le indica lo que necesita saber sobre cómo usar el plan para obtener su atención médica cubierta. Brinda definiciones de términos y explica las reglas que usted deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, los servicios y otro tipo de atención médica que tienen cobertura del plan.

Para obtener información detallada sobre la atención médica que está cubierta por nuestro plan y la cantidad que debe pagar cuando recibe esta atención, use la Tabla de beneficios que figura en el próximo capítulo, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, qué está cubierto y qué paga usted*).

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

A continuación se incluyen algunas definiciones que pueden ayudarlo a comprender cómo obtener la atención y los cuidados médicos que, como miembro de nuestro plan, usted tiene cubiertos:

- Los **“proveedores”** son médicos y otros profesionales de atención médica que el estado autoriza para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye a los hospitales y a otros centros de atención médica.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su cantidad de costo compartido del plan como pago total. Hemos coordinado con estos proveedores para que brinden los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan a usted. Cuando consulta a un proveedor de la red, usted paga únicamente su parte del costo por los servicios.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de salud, los suministros y los equipos cubiertos por nuestro plan. Los servicios médicos cubiertos para atención médica se incluyen en la tabla de beneficios que aparece en el Capítulo 4.

Sección 1.2 Reglas básicas para que el plan cubra la atención médica
--

Al ser un plan de salud de Medicare, FHCP Medicare Premier Advantage debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las reglas de cobertura de Original Medicare.

FHCP Medicare Premier Advantage generalmente cubrirá su atención médica siempre y cuando usted cumpla con lo siguiente:

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

- **La atención que reciba esté incluida en la Tabla de Beneficios Médicos del plan**(esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Necesario desde el punto de vista médico” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica, y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

- **Tiene un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) de la red que le está brindando atención y la está supervisando.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un médico de atención primaria (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, su médico de atención primaria de la red debe otorgarle su aprobación por adelantado antes de que pueda consultar a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de cuidados médicos especializados o agencias para la atención médica en el hogar. Esto se denomina brindar una “derivación”. Para obtener más información acerca de este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - No se requiere una derivación de su médico de atención primaria en casos de atención de emergencia o atención de urgencia necesaria. También hay algunas otras clases de atención que puede obtener sin la aprobación por adelantado de su PCP (para obtener más información acerca de este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).

- **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 en este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan). *A continuación, se presentan tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que obtenga de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información acerca de este tema y para consultar qué significa servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar dicha atención, puede obtener esa atención de un proveedor fuera de la red. Antes de que reciba atención de un proveedor fuera de la red, su PCP debe obtener autorización por parte del plan en su nombre. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener aprobación para atenderse con un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre servicios de diálisis del riñón que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted esté temporalmente fuera del área de cobertura del plan.

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica.

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

¿Qué es un “PCP” y qué es lo que hace por usted?

Cuando pasa a ser miembro de nuestro plan, tiene que elegir un proveedor del plan para que sea su PCP. Si no elige un PCP, le asignaremos uno. Un médico de atención primaria puede estar incluido en su Directorio de Proveedores como médico de consultorio de medicina familiar, práctica médica general, médico pediatra, médico geriatra o de medicina interna. El médico que elige como su PCP (o que fue asignado como su PCP) es el primer punto de contacto para sus preocupaciones de salud y la persona principal encargada de mantener sus registros médicos.

Usted recibe su atención médica básica y de rutina de su PCP. Debido a que su PCP conoce su historia y sus necesidades de atención médica, puede determinar cuándo necesita obtener cuidados de otros proveedores de atención médica (como especialistas y hospitales). Él o ella coordina la atención que usted recibe como miembro de nuestro Plan y ayuda a coordinar algunos servicios que necesita.

Estos servicios incluyen:

- Servicios radiológicos ambulatorios (por ejemplo, radioterapia, tomografías computarizadas y resonancias magnéticas).
- Pruebas y procedimientos de diagnóstico ambulatorios (por ejemplo, exámenes cardiovasculares y pruebas de alergia).
- Terapias ambulatorias.
- Atención de médicos que son especialistas.
- Servicios de salud mental o del comportamiento.
- Internaciones.
- Atención de seguimiento.

Si usted necesita determinados tipos de cuidados médicos o suministros que están cubiertos, su Médico de Cabecera (PCP, por sus siglas en inglés) deberá obtener nuestra autorización (aprobación) previa. Además, su PCP tendrá que darle una derivación antes de que vea a la mayoría de tipos de especialistas. Si no tiene una derivación de su PCP, los servicios que reciba de la mayoría de los especialistas no estarán cubiertos por nuestro plan.

TENGA EN CUENTA QUE: En la mayoría de los casos, si se atiende con otro proveedor de atención médica, incluido otro PCP, sin primero consultar y obtener una derivación de su PCP (el proveedor que eligió o que el plan le asignó), su atención no estará cubierta por nuestro plan. La Sección 2.2 incluye una lista de servicios que puede recibir sin obtener primero una derivación de su PCP. Este requisito no se aplica si necesita atención de urgencia o de emergencia.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

¿Cómo elige a su PCP?

Al llenar su formulario de inscripción en FHCP Medicare Premier Advantage, encontrará una sección en la que debe indicar su elección de un PCP. Recuerde: Si en su formulario de inscripción no elige un médico de atención primaria, se le asignará uno. Para obtener ayuda para elegir a su PCP, llame a Servicios para Miembros al 1-833-866-6559 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770). Nuestro horario de atención es de 8.00 a. m. a 8.00 p. m. hora local, los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados principales.

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier razón, en cualquier momento. Además, es posible que su médico de atención primaria pueda dejar la red de proveedores de nuestro plan y tendría que buscar un nuevo médico de atención primaria.

Puede cambiar de PCP en cualquier momento, siempre y cuando no esté en medio de una estadía en el hospital. Solo tiene que llamar a Servicios para Miembros y nos aseguraremos de que el médico que elija esté aceptando nuevos pacientes. También debe preguntar si el PCP tiene una relación de derivación con cualquier especialista que usted esté consultando actualmente. Haremos el cambio por usted y le informaremos por teléfono cuándo entrará en vigencia este cambio.

Sección 2.2	¿Qué clases de atención médica puede obtener sin la aprobación por adelantado de su PCP?
--------------------	---

Puede obtener los servicios que se detallan a continuación sin la aprobación por adelantado de su PCP.

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que se los realice un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando las obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no sean accesibles temporalmente (por ejemplo, cuando se encuentra temporalmente fuera del área de cobertura del plan).
- Servicios de diálisis del riñón que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted esté temporalmente fuera del área de cobertura del plan. (Si es posible, llame a Servicios para Miembros antes de abandonar el área de cobertura para que podamos ayudarle a hacer los arreglos necesarios para que pueda recibir su diálisis de mantenimiento mientras se encuentra de viaje. Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

- Atención que recibe de los siguientes tipos de proveedores, siempre y cuando su atención sea proporcionada por proveedores de la red:
 - o Proveedores de servicios de atención de la vista de rutina
 - o Quiroprácticos
 - o Proveedores de servicios dentales de rutina
 - o Dermatólogos
 - o Proveedores de atención de salud mental para pacientes ambulatorios, excepto psiquiatras
 - o Podólogos
 - o Proveedores de servicios de audición de rutina
 - o Servicios sanguíneos para pacientes ambulatorios

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o una parte del cuerpo específica. Existen muchas clases de especialistas. Algunos ejemplos son:

- Oncólogos, que brindan atención a los pacientes con cáncer.
- Cardiólogos, que brindan atención a los pacientes con afecciones cardíacas.
- Ortopedistas, que brindan atención a los pacientes con ciertas afecciones de los huesos, las articulaciones o los músculos.

Usted necesitará una derivación (aprobación por adelantado) de su PCP antes de consultar a cualquier especialista (excepto los especialistas que se encuentran anteriormente mencionados en la Sección 2.2). **Si no tiene una derivación (aprobación por adelantado) antes de recibir servicios de un especialista, es posible que deba pagar estos servicios usted mismo.** Si el especialista desea que regrese para visitas de seguimiento, asegúrese de verificar la derivación original para ver si se incluyeron.

En algunos casos, **los especialistas de la red que puede utilizar pueden depender de la persona que elija para que sea su PCP. Los criterios relacionados con la disponibilidad de especialistas se indican en nuestro Directorio de proveedores.** Si hay especialistas específicos que desea utilizar, averigüe si su PCP deriva pacientes a estos especialistas. Puede cambiar de PCP en cualquier momento si desea consultar a un especialista del plan al que su PCP actual no realiza derivaciones. Si desea cambiar de PCP, consulte “Cómo cambiar de PCP” como se indicó anteriormente en esta sección. Si hay hospitales específicos que desea usar, averigüe si los médicos con los que se atenderá usan estos hospitales.

Si usted necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, su médico de atención primaria deberá obtener autorización previa (aprobación previa) de nuestro plan. La Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1 también indica qué servicios requieren que su

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

PCP obtenga una autorización previa de nuestro plan antes de que usted los reciba. Los servicios están en **negrita** en la Tabla de Beneficios Médicos.

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

Podríamos hacer cambios a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Existen muchos motivos por los que su proveedor podría tener que dejar su plan, pero si su médico o especialista sale de su plan tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Realizaremos un esfuerzo de buena fe por proporcionar una notificación de, al menos, 30 días en la que se indicará que su proveedor se retirará de nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar uno nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento que está recibiendo no se interrumpa, y trabajaremos con usted para asegurarnos de ello.
- Si usted cree que no le hemos brindado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención médica no se está administrando adecuadamente, tiene el derecho de presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o su especialista se retirarán del plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Póngase en contacto con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) para obtener más información acerca de los derechos que tiene con respecto a la continuación de su atención.

Sección 2.4	Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red
--------------------	---

Puede haber ocasiones en las que necesite atención médica que Medicare exige que esté cubierta por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no puedan brindarle esta atención, o en las que su PCP o especialista le recomienden que consulte a un proveedor que no pertenece a nuestra red. Cuando esto ocurra, debe obtener “autorización previa” de nuestro plan. Su PCP o especialista puede comunicarse con nuestro Departamento de Derivaciones para obtener la autorización previa. Si desea solicitar autorización previa para los servicios de un proveedor que no participa en nuestra red, llame a Servicios para Miembros para realizar su solicitud. Con la autorización previa, el monto del copago/coseguro que pagará dependerá del tipo de servicio que reciba y será el mismo que el monto que se indica en la Tabla de beneficios médicos de la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

La atención de emergencia siempre se puede obtener dentro o fuera del área de cobertura, del proveedor disponible más cercano. No es necesario que obtenga atención de emergencia de un proveedor de la red de FHCP Medicare. Cuando se encuentre dentro del área de servicio, debe utilizar los servicios de proveedores del plan para recibir atención de urgencia. Cuando esté fuera del área de servicio, se puede recibir atención de urgencia del primer proveedor disponible. Además, cuando se encuentre fuera del área de servicio, puede recibir tratamiento de diálisis de cualquier proveedor de diálisis autorizado.

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

Sección 3.1 Cómo obtener atención cuando tiene una emergencia médica
--

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer si le sucede?

Una “**emergencia médica**” se refiere a cuando usted o cualquier otra persona no profesional prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicinas, cree que usted tiene síntomas médicos que requieren de una atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia, en caso de ser necesario. No es necesario que obtenga la aprobación ni la derivación de su PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado de su emergencia.** Debemos hacer el seguimiento de su atención de emergencia. Usted o alguien más deben llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de un plazo de 48 horas. Comuníquese con Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de miembro.

¿Qué se encuentra cubierto si tiene una emergencia médica?

Tiene cobertura mundial para atención médica de emergencia cuando la necesite. Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra manera podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos que se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto.

Nuestro plan incluye la cobertura de atención de emergencia que recibe en los Estados Unidos (y sus territorios) y en el extranjero. (Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre nuestra cobertura de emergencia).

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le brindan atención de emergencia para ayudar a manejar y hacer el seguimiento de su atención. Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y cuándo ha finalizado la emergencia médica.

Después de que la emergencia se termine, tiene derecho a una atención de seguimiento para estar seguro de que su afección continúa estable. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si su atención de emergencia es brindada por proveedores fuera de la red, intentaremos que sus proveedores de la red se hagan cargo de su atención apenas lo permitan su afección médica y las circunstancias.

¿Qué sucede si no se trataba de una emergencia médica?

En ocasiones, puede resultar difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podría recurrir a atención de emergencia (pensando que su salud corre grave peligro) y el médico puede decirle que, después de todo, no se trataba de una emergencia médica. Si, finalmente, no se trataba de una emergencia, cubriremos su atención, siempre que usted haya considerado, razonablemente, que su salud corría grave peligro.

Sin embargo, una vez que el médico determine que *no* se trató de una emergencia, por lo general *únicamente* cubriremos la atención adicional si usted la obtiene a través de alguna de estas dos maneras:

- Acude a un proveedor de la red para recibir atención adicional.
- – o – La atención adicional que recibe se considera “servicios de urgencia”, y usted cumple con las reglas para obtener este servicio de urgencia (para obtener más información acerca de este tema, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2	Cómo obtener atención cuando tiene una necesidad urgente de servicios
--------------------	--

¿Qué son “servicios de urgencia”?

Los “servicios de urgencia” se refieren a una enfermedad, lesión o afección médica inesperada que no constituye una emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores dentro de la red o proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles ni accesibles temporalmente. La afección inesperada puede, por ejemplo, ser el brote de una enfermedad conocida que usted padezca.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de cobertura del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?

Siempre debe intentar obtener servicios de urgencia necesarios de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no se encuentran temporalmente disponibles ni accesibles y no es

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando la red vuelva a estar disponible, cubriremos servicios de urgencia necesarios que obtenga de un proveedor fuera de la red.

Cuando se encuentre en el área de cobertura del plan, si considera que necesita que lo atiendan con urgencia, debe comunicarse primero con su PCP. Si necesita que lo atiendan después del horario de atención normal de su PCP o durante el fin de semana, puede recibir servicios de uno de nuestros centros de atención de urgencia contratados. Para encontrar un centro de atención de urgencia contratado, llame a nuestro número de Servicios para Miembros que se encuentra en la contraportada de este folleto.

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de cobertura del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?

Cuando se encuentra fuera del área de cobertura y no puede obtener atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que obtenga de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre servicios de emergencia, urgencia y de ambulancia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias.

Los beneficios para la atención de emergencia, de urgencia y los servicios de ambulancia recibidos fuera de los Estados Unidos y sus territorios están limitados a un máximo combinado de \$25,000 por año calendario.

Nuestro plan cubre los mismos servicios de emergencia ya sea si los recibe dentro o fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Es posible que deba pagar el 100 % de los cargos en el momento en que le presten servicios fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Posteriormente, usted puede presentar sus reclamaciones para la consideración del reembolso. Junto con la presentación del reclamo se exigirá una prueba del pago, traducciones y conversiones de divisas.

Debe llamar al Centro de Servicio Internacional BlueCard al 1-800-810-BLUE (2583) (siga las instrucciones para el proveedor internacional), o llamar por cobrar al 1-804-673-1177 para obtener ayuda para pactar un acuerdo de pago con un proveedor extranjero.

Sección 3.3	Cómo obtener atención durante un desastre
--------------------	--

Si el gobernador de su estado, el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio de Internet: www.fhcpmedicare.com para obtener más información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

Por lo general, si no puede utilizar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red a un costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le cobra directamente el costo total de los servicios cubiertos?

Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos.
--------------------	--

Si usted ha pagado más de lo que le corresponde por servicios cubiertos o si ha recibido una factura por el costo completo de servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2	Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar el costo total.
--------------------	---

FHCP Medicare Premier Advantage cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, que se encuentran en la Tabla de beneficios médicos (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto), y que se obtengan de acuerdo con las reglas del plan. Usted debe pagar el costo completo de los servicios que nuestro plan no cubre, ya sea debido a que no son servicios cubiertos por el plan o se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados.

Si tiene dudas sobre si pagaremos algún servicio o atención médica que esté considerando recibir, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de recibirlo. También tiene derecho a solicitar esta información por escrito. Si decidimos que no cubriremos sus servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

El Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) contiene más información sobre qué debe hacer si desea que nosotros tomemos una decisión de cobertura o si desea apelar una decisión que ya hayamos tomado. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Para los servicios cubiertos que están sujetos a un límite de beneficios, usted deberá pagar el costo total de cualquier servicio que obtenga después de que haya agotado su beneficio para ese tipo de servicios cubiertos. Además, una vez que alcance un límite de beneficios, cualquier costo adicional que usted pague por servicios cubiertos por ese beneficio **no** se contará dentro de ningún gasto máximo de desembolso. Cuando desee averiguar cuánto ha usado de su límite de beneficios, puede llamar a Atención al Cliente.

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

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

Un estudio de investigación clínica (también denominado "ensayo clínico") es uno de los métodos que emplean los médicos y los científicos para probar nuevos tipos de atención médica, como, por ejemplo, qué tan efectiva es un nuevo medicamento contra el cáncer. Para probar nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos, piden voluntarios para ayudar con el estudio. Esta clase de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y a los científicos a determinar si un nuevo método es efectivo y seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están disponibles para miembros de nuestro plan. Primero, Medicare debe aprobar el estudio de investigación. Si usted participa en un estudio que Medicare *no* haya aprobado, *deberá pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

Una vez que Medicare apruebe el estudio, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más detalles sobre el estudio y determinar si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están dirigiendo el estudio. Usted puede participar en el estudio siempre que cumpla con los requisitos del estudio y comprenda y acepte completamente lo que implica participar en éste.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original pagará la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Cuando participe en un estudio de investigación clínica, puede seguir estando inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo a través de nuestro plan el resto de su atención (la atención no relacionada con el estudio).

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que obtenga nuestra aprobación ni la de su médico de cabecera. *No* es necesario que los proveedores que le brindan la atención como parte del estudio de investigación clínica sean parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Si bien no es necesario que obtenga el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de este tipo.**

Si piensa participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) para informarles que participará en un ensayo clínico y para obtener detalles más específicos sobre lo que pagará su plan.

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada gasto?

Si participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cubiertos los artículos y servicios médicos de rutina que recibe como parte del estudio, tales como:

- Habitación y alimentación para una hospitalización que Medicare pagaría incluso si no estuviera participando en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que son parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que surjan del nuevo método de atención.

Medicare Original pagará la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Una vez que Medicare haya pagado su parte de los costos por estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Pagaremos la diferencia entre el costo compartido de Medicare Original y el costo compartido que usted debe pagar como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio que pagaría si los recibiera de nuestro plan.

A continuación, se presenta un ejemplo de cómo funcionan los costos compartidos:
Supongamos que, como parte del estudio de investigación, usted debe hacerse un examen de laboratorio que cuesta \$100. Digamos también que su parte del costo para este examen es de \$20 bajo Original Medicare, pero que bajo los beneficios de nuestro plan sería de solo \$10. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el examen y nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, que es la misma cantidad que pagaría bajo los beneficios de nuestro plan.

Para que paguemos nuestra parte de los costos, usted deberá presentar una solicitud de pago. Junto con la solicitud, deberá enviarnos una copia de sus Avisos de Resumen de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto debe. Para obtener más información acerca de cómo presentar las solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo artículo ni servicio que se esté probando en el estudio, salvo en los casos en que Medicare cubriría el artículo o el servicio incluso si usted *no* estuviera participando en un estudio.
- Los artículos y los servicios que el estudio le proporcione a usted o a cualquier participante de forma gratuita.
- Los artículos o los servicios que se proporcionen únicamente para recopilar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su condición normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo inscribirse en un estudio de investigación clínica visitando el sitio de internet de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (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 Reglas para que se cubra la atención 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 un establecimiento que brinda atención para una afección que, normalmente, sería tratada en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si obtener atención en un hospital o en un centro de cuidados médicos especializados va en contra de las creencias religiosas de un afiliado, en su lugar le brindaremos cobertura para atenderse en una institución religiosa no médica de atención de la salud. Puede elegir procurar atención médica en cualquier momento, por cualquier motivo. Este beneficio se proporciona únicamente para servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios no médicos de atención de la salud). Medicare únicamente pagará por los servicios no médicos de atención de la salud que proporcionen instituciones religiosas no médicas de atención de la salud.

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

Para recibir atención de una institución religiosa no médica de atención de la salud, debe firmar un documento legal donde declare que se opone conscientemente a recibir un tratamiento médico “no exceptuado”.

- Atención o tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier atención o tratamiento médico que es *voluntario* y que *no es exigido por* ninguna ley federal, estatal ni local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es la atención o el tratamiento médico que usted recibe, que *no* es voluntario o *que es exigido* en virtud de las leyes federales, estatales o locales.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

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

- El centro que proporciona la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de los servicios de nuestro plan que usted recibe está limitada a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le proporcionan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una condición médica que le permita recibir los cuidados médicos que están cubiertos de atención en un hospital para pacientes hospitalizados o atención en un centro de cuidados médicos especializados.
 - – y – debe obtener la aprobación de nuestro plan por adelantado, antes de su ingreso al centro; de lo contrario, no se cubrirá su hospitalización.

Su hospitalización en una institución religiosa no médica de atención de la salud no está cubierta por nuestro plan, a menos que obtenga la autorización (aprobación) por adelantado de nuestro plan, en cuyo caso, estará sujeto a las mismas limitaciones de cobertura que la atención que de otra manera habría recibido como paciente hospitalizado o en un centro de enfermería especializada. Consulte la tabla de beneficios del Capítulo 4 para conocer las normas de cobertura e información adicional sobre el costo compartido y las limitaciones de cobertura en un hospital para pacientes hospitalizados y en un centro de cuidados médicos especializados.

SECCIÓN 7 Normas para la propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Será el propietario del equipo médico duradero después de hacer cierto número de pagos en virtud de nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipo y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, se discuten otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan cierto tipo de DME pasan a ser propietarias del equipo después de hacer copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de FHCP Medicare Premier Advantage, usted no adquiere la propiedad del DME alquilado sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras es miembro de nuestro plan. Bajo algunas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del DME. Llame a Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto) para conocer los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe proporcionar.

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

Si no adquirió la propiedad del artículo de DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiar a Original Medicare para adquirir la propiedad del artículo. Los pagos que realizó mientras estuvo en nuestro plan no se consideran dentro de estos 13 pagos consecutivos.

Si efectuó menos de 13 pagos por el artículo de DME bajo Medicare Original *antes* de inscribirse en nuestro plan, sus pagos anteriores tampoco se tienen en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que regresa a Medicare Original para adquirir la propiedad del artículo. No hay excepciones para este caso cuando usted regresa a Medicare Original.

SECCIÓN 8 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

Sección 8.1	¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?
--------------------	--

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, mientras esté inscrito, FHCP Medicare Premier Advantage cubrirá lo siguiente:

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

Si deja el plan FHCP Medicare Premier Advantage o ya no necesita un equipo de oxígeno por motivos médicos, el equipo de oxígeno debe devolverse al propietario.

Sección 8.2	¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?
--------------------	---

Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es un coseguro del 20 %, todos los meses.

Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses en FHCP Medicare Premier Advantage.

Si antes de inscribirse en FHCP Medicare Premier Advantage usted había realizado pagos de alquiler durante 36 meses para la cobertura de equipos de oxígeno, su costo compartido en FHCP Medicare Premier Advantage es un coseguro del 20 %.

Sección 8.3 ¿Qué sucede si deja su plan y regresa a Original Medicare?

Si regresa a Original Medicare, entonces comienza un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si pagó alquileres por equipos de oxígeno durante 36 meses antes de afiliarse a FHCP Medicare Premier Advantage, se afilia a FHCP Medicare Premier Advantage durante 12 meses y luego regresa a Original Medicare, pagará el costo compartido total de la cobertura de equipos de oxígeno.

De manera similar, si realizó pagos durante 36 meses mientras estaba afiliado a FHCP Medicare Premier Advantage y luego regresa a Original Medicare, pagará el costo compartido total para la cobertura de equipos de oxígeno.

CAPÍTULO 4

*Tabla de Beneficios Médicos
(qué está cubierto y
qué paga usted)*

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

SECCIÓN 1	Información para comprender sus gastos de desembolso por servicios cubiertos	65
Sección 1.1	Tipos de gastos de desembolso que puede tener que pagar por sus servicios cubiertos	65
Sección 1.2	¿Cuál es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?	65
Sección 1.3	Nuestro plan no permite que los proveedores le presenten una “facturación de saldo”	66
SECCIÓN 2	Use la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué servicios tiene cubiertos y cuánto tendrá que pagar.....	67
Sección 2.1	Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan	67
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?.....	116
Sección 3.1	Servicios que el plan <i>no</i> cubre (exclusiones)	116

SECCIÓN 1 Información para comprender sus gastos de desembolso por servicios cubiertos

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y en lo que usted paga por los beneficios médicos. Incluye una Tabla de beneficios médicos, que presenta una lista de los servicios cubiertos y le indica cuánto pagará como miembro de FHCP Medicare Premier Advantage por cada servicio cubierto. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites aplicables a ciertos servicios.

Sección 1.1	Tipos de gastos de desembolso que puede tener que pagar por sus servicios cubiertos
--------------------	--

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, usted debe estar informado sobre los tipos de costos a su cargo que tendrá que pagar por los servicios cubiertos.

- Un **“copago”** es la cantidad fija que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga el copago en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2 brinda más información acerca de los copagos).
- El **“coseguro”** es el porcentaje que a usted le corresponde pagar del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga el coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2 brinda más información acerca del coseguro).

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para Medicaid o para el programa de Beneficiario calificado de Medicare (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos ni coseguro. Asegúrese de mostrar su constancia de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde. Si cree que se le pide que pague de manera indebida, comuníquese con Servicios para Miembros.

Sección 1.2	¿Cuál es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?
--------------------	---

Como se afilió a un plan Medicare Advantage, existe un límite a la cantidad que debe desembolsar cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2, a continuación). Este límite se denomina cantidad máxima a su cargo por servicios médicos.

Como miembro de FHCP Medicare Premier Advantage, lo máximo que tendrá que desembolsar por servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B en 2022 es \$3,400. La cantidad

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

que usted paga por copagos y coaseguros para los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para estos gastos máximos de desembolso. (Los montos que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D no se tienen en cuenta para el gasto máximo de desembolso. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para el gasto máximo de desembolso. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si alcanza el gasto máximo de desembolso de \$3,400, no tendrá que pagar ningún gasto de desembolso durante el resto del año para los servicios dentro de la red cubiertos por la Parte A y la Parte B. Sin embargo, usted debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le presenten una “facturación de saldo”

Como miembro de FHCP Medicare Premier Advantage, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar la cantidad de costo compartido del plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales aparte, lo que se denomina “facturación de saldo”. Esta protección (de que usted nunca pagará más de la cantidad de costo compartido que le corresponde) se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

A continuación se explica cómo funciona esta medida de protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad de dólares establecida, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solamente esa cantidad por cualquier servicio cubierto brindado por un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coaseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca paga más de ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coaseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se especifica en el contrato suscrito entre el proveedor y el plan).
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor que participa con Medicare y que no pertenece a la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones como, por ejemplo, cuando obtiene un referido).
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor que no participa con Medicare y que no pertenece a la red, usted paga el porcentaje del coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones como, por ejemplo, cuando obtiene un referido).

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

- Si cree que un proveedor le “facturó el saldo”, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué servicios tiene cubiertos y cuánto tendrá que pagar.

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan
--


La Tabla de beneficios médicos que figura en las siguientes páginas es una lista de los servicios que cubre FHCP Medicare Premier Advantage y lo que usted debe desembolsar por cada servicio. Los servicios incluidos en la lista de la Tabla de Beneficios Médicos son cubiertos únicamente si se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben proporcionarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, suministros y el equipo) *deben de* ser necesarios desde el punto de vista médico. “Necesario desde el punto de vista médico” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica, y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Usted recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3 proporciona más información sobre los requisitos para consultar proveedores de la red y sobre las situaciones en las que cubriremos servicios de un proveedor fuera de la red.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que le está brindando atención y la está supervisando. En la mayoría de las situaciones, su médico de atención primaria debe otorgarle su aprobación por adelantado, antes de que pueda consultar a otros proveedores de la red del plan. Esto se denomina brindar una “derivación”. El Capítulo 3 proporciona más información sobre cómo obtener una derivación y las situaciones en las que no necesita una.
- Algunos de los servicios incluidos en la lista de la Tabla de beneficios médicos *solo* están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (en ocasiones, denominada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que requieren aprobación por adelantado están marcados en **negrita** en la Tabla de beneficios médicos.
- También podemos cobrarle “cargos administrativos” por citas a las que no asistió o por no pagar el costo compartido requerido al momento del servicio. Llame a Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre estos cargos administrativos. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Otras cosas que debe saber sobre nuestra cobertura:


Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

- Igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que Medicare Original incluye. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Por otros, paga *menos*. (Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y usted 2022*. Véalo en el sitio de Internet en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también tratado o controlado por una afección médica existente durante la visita en la cual recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección médica existente.
- A veces, Medicare agrega cobertura de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante 2022, estos servicios serán cubiertos por Medicare o por nuestro plan.

 Los servicios preventivos de la Tabla de Beneficios se indican con esta manzana.

Nota: Usted necesitará una derivación de su médico de atención primaria antes que consulte a cualquier especialista excepto a los especialistas que se encuentran anteriormente mencionados en la Sección 2.2 del Capítulo 3. Para todos los demás especialistas necesitará una derivación de su PCP.


Tabla de beneficios médicos

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Exámenes de detección de aneurisma de aorta abdominal</p> <p>Un solo examen de ultrasonido para las personas en riesgo. El plan solo cubre este examen de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si su médico, asistente médico, enfermero profesional o especialista en enfermería clínica le da una derivación para ello.</p>	<p>Los miembros elegibles para este examen preventivo no pagan coseguro, copago ni deducible.</p>
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios médicos cubiertos incluyen:</p> <p>Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define de la siguiente manera:</p> <p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación)</p>	<p>Se requiere autorización previa para servicios de acupuntura cubiertos por Medicare para el dolor lumbar crónico.</p> <p>Comuníquese con Servicios para Miembros</p>



Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Dura 12 semanas o más. • No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado a una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No está asociado a una cirugía. • No está asociado al embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o retrocede.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (según se define en el artículo 1861[r][1] de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (physician assistants, PA), enfermeros profesionales (nurse practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialists, CNS) (según se identifica en el artículo 1861[aa][5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una maestría o doctorado en Acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM), y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras reglamentaciones establecidas en los artículos 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).</p>	<p>si necesita más información.</p> <p>Copago de \$20 para servicios de acupuntura cubiertos por Medicare. Los servicios deben proporcionarse bajo la supervisión de un médico.</p>




Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen los servicios de ambulancia aérea (avión o helicóptero) y terrestre hasta el centro más cercano que pueda ofrecer la atención, si son brindados a un miembro cuya afección médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan. <p>El transporte que no sea de emergencia en ambulancia se considera apropiado si se documenta que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte pondrían en peligro la salud de la persona y el transporte en ambulancia es necesario desde el punto de vista médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> Si se llama a una ambulancia y se rechaza el traslado en ambulancia, no se cubrirán los servicios facturados. <p>Cobertura mundial: consulte la sección “Cobertura de servicios de emergencia/urgencia mundial” de esta Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura.</p>	<p>Se requiere autorización previa para servicios de ambulancia que no sean de emergencia. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información.</p> <p><u>Dentro y Fuera de la Red</u> \$265 de copago por cada traslado cubierto por Medicare (un solo tramo)</p>
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede recibir una visita anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan personalizado de prevención basado en su salud actual y factores de riesgo. Esto está cubierto una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: La primera visita anual de bienestar no se puede hacer dentro de los 12 meses posteriores a la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Sin embargo, no tiene que haber asistido a una visita de "Bienvenida a Medicare" para recibir cobertura para las visitas anuales de bienestar después de tener la Parte B por 12 meses.</p> <p>Nuestro plan solo cubre la atención preventiva aceptada por Medicare, según lo descrito por el Grupo de trabajo de servicios médicos preventivos de los Estados Unidos.</p> <p>Para la atención médica de rutina para mujeres, Medicare cubre exámenes de las mamas, mamografías de detección, pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.</p>


Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Densitometría ósea</p> <p>Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, aquellas en riesgo de perder masa ósea o de presentar osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si son médicamente necesarios: los procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación médica de los resultados.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de seno (mamografías)</p> <p>Los servicios médicos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de referencia para mujeres de entre 35 y 39 años • Una mamografía de control cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos del seno cada 24 meses <p>Nota: Todos los exámenes de diagnóstico que deban efectuarse a causa de los exámenes de detección del cáncer de mama (mamografías), o que se realicen junto con las mamografías (como radiografías de mamas) están sujetos a los costos compartidos correspondientes. Véase Pruebas de diagnóstico, suministros y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios, en esta Tabla de Beneficios, para obtener más información.</p>	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible por mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca, que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento, están cubiertos para los miembros que cumplen con ciertas condiciones y que cuentan con la derivación de un médico. El plan también cubre los programas de rehabilitación cardíaca intensiva que normalmente son más rigurosos o intensivos que los programas de rehabilitación cardíaca normales.</p>	<p>Se requiere autorización previa para recibir servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (continuación)</p>	<p>Copago de \$20 por sesión de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare en todos los lugares de servicio para pacientes ambulatorios.</p>
<p> Visita para disminución del riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares)</p> <p>El plan cubre una visita anual a su médico de atención primaria que tenga por fin disminuir el riesgo de que sufra una enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, es posible que el médico le hable sobre el uso de aspirina (si es adecuado), le mida la presión arterial y le dé consejos para asegurarse de que está comiendo de forma saludable.</p>	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de terapia de comportamiento intensiva por enfermedad cardiovascular.</p>
<p> Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas a un riesgo elevado de sufrir enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible por pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años.</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal</p> <p>Los servicios médicos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos cada 24 meses • Si usted tiene alto riesgo de padecer cáncer cervical o vaginal o está en edad fértil y el resultado de su prueba de Papanicolaou ha sido anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible por exámenes de Papanicolaou ni exámenes pélvicos cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios médicos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos solo la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones <p>Nota: No se cubren las visitas al consultorio, las modalidades terapéuticas (es decir, fisioterapia) ni las radiografías realizadas u ordenadas por un quiropráctico.</p>	<p>Copago de \$20 por consulta para servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para las personas de 50 años o más, se cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o estudio con enema de bario, como alternativa) cada 48 meses <p>Uno de los siguientes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de sangre oculta en heces basada en guayacol (Guaiac-based fecal occult blood test, gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (Fecal immunochemical test, FIT) <p>Examen de detección de cáncer colorrectal basado en ADN cada 3 años</p> <p>Para las personas con riesgo alto de contraer cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia (o estudio con enema de bario, como alternativa) cada 24 meses <p>Para las personas que no están en alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia 	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible por el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Nuestro plan cubre:</p>	<p>Se requiere autorización previa para recibir servicios dentales integrales cubiertos por Medicare. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información.</p>




Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <p>Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugías de la mandíbula o de las estructuras relacionadas, tratamientos de las fracturas de mandíbula o de los huesos faciales, extracciones de piezas dentales a fin de preparar la mandíbula para tratamientos de radiación por cáncer neoplásico o servicios que estarían cubiertos si los brinda un médico) para servicios dentales cubiertos por Medicare.</p>	<p>Copago de \$20 por consulta para servicios dentales cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios dentales* (beneficios adicionales)</p> <p>También cubrimos los siguientes suministros y servicios dentales adicionales no cubiertos por Medicare*:</p> <p>Deducible anual: No corresponde Máximo anual: No corresponde</p> <p>SERVICIOS PREVENTIVOS</p> <p><u>Evaluaciones orales clínicas</u> 2 evaluaciones cada 12 meses consecutivos (combinado con D0150) D0120 – Evaluación oral periódica D0150 – Evaluación oral completa – paciente nuevo o establecido <i>Las evaluaciones orales completas (D0150) están limitadas a 1 de por vida, por dentista, y además cuentan para el límite de 2 evaluaciones cada 12 meses consecutivos.</i></p> <p><u>Diagnóstico por imágenes (radiografías)</u> 1 conjunto por año D0270 – Radiografía de aleta de mordida – imagen radiográfica individual D0272 – Radiografías de aleta de mordida – dos imágenes radiográficas D0273 – Radiografías de aleta de mordida – tres imágenes radiográficas D0274 – Radiografías de aleta de mordida – cuatro imágenes radiográficas D0277 – Radiografías de mordida verticales – 7 a 8 imágenes radiográficas</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p>


Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios dentales* (beneficios adicionales) (continuación) <i>Cualquiera de los códigos anteriores constituye un conjunto.</i></p> <p>1 conjunto cada 3 años D0210 – Intraoral – serie completa de imágenes radiográficas D0330 – Imagen radiográfica panorámica <i>Cualquiera de los códigos anteriores constituye un conjunto.</i> <i>Los servicios de imágenes intraorales y panorámicas cuentan para el límite de 1 conjunto por año.</i></p> <p><u>Profilaxis dental (limpiezas)</u> 2 cada 12 meses consecutivos D1110 – Profilaxis – adultos</p>	<p>\$0 de copago</p>
SERVICIOS INTEGRALES	
<p><u>Ajustes, reparaciones y recubrimientos de dentaduras postizas</u> 2 por año D5410 – Ajuste de dentadura postiza completa – maxilar D5411 – Ajuste de dentadura postiza completa – mandibular D5421 – Ajuste de dentadura postiza parcial – maxilar D5422 – Ajuste de dentadura postiza parcial – mandibular</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p><u>Extracciones</u> Hasta 2 por año para diente erupcionado o raíz expuesta. Incluye anestesia local, sutura y atención posoperatoria de rutina. D7140 – Extracción, pieza dental brotada o raíz expuesta (elevación y/o extracción con fórceps)</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p>* Las cantidades que pague por estos servicios y suministros dentales adicionales no se tienen en cuenta para su gasto máximo de desembolso dentro de la red.</p>	
<p>Los beneficios están sujetos a los términos de cobertura vigentes en la fecha en que se reciben los servicios y pueden cambiar si los beneficios o el plan de tratamiento propuesto cambian. Las predeterminaciones o estimaciones previas no son garantía de pago. Los beneficios pueden cambiar de un año al otro si un plan de tratamiento abarca dos años. Verifique los beneficios vigentes para la fecha en que se prestan los servicios para determinar qué cobertura está vigente.</p>	


Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Exámenes de detección de la depresión</p> <p>Brindamos cobertura para un examen de detección de depresión al año. El examen debe ser llevado a cabo en un centro de atención primaria que pueda brindar tratamiento de control y derivar a otros médicos.</p>	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible para una visita de detección de depresión anual.</p>
<p> Examen de detección de la diabetes</p> <p>Cubrimos este examen (incluye exámenes de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial elevada (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de nivel alto de azúcar (glucosa) en la sangre. También se puede brindar cobertura para estas pruebas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso o antecedentes de diabetes en la familia.</p> <p>Dependiendo de los resultados de estas pruebas, puede que tenga derecho a hasta dos exámenes de detección de la diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible por el examen de detección de diabetes cubierto por Medicare.</p>
<p> Servicios, suministros y capacitación para el automanejo de la diabetes</p> <p>Para todas las personas con diabetes (dependientes y no dependientes de la insulina). Los servicios médicos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre: Glucómetro, tiras reactivas para glucemia, porta lancetas y lancetas y soluciones de control de la glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los glucómetros. • Para las personas con diabetes que tienen pie diabético grave: Un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida por año calendario (incluidas las plantillas para dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos con profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no a medida que vienen con dichos zapatos). La cobertura incluye la adaptación del calzado. 	<p>Suministros para control de la diabetes cubiertos por Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago para 50 tiras reactivas/sensores • \$10 copago para lancetas • \$0 de copago para un glucómetro <p>Coseguro del 20 % para plantillas o zapatos terapéuticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por capacitación para el</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Servicios, suministros y capacitación para el automanejo de la diabetes (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • En determinadas circunstancias, la capacitación para el automanejo de la diabetes está cubierta. • Los suministros/servicios para la diabetes se limitan a fabricantes, productos y/o marcas específicos suministrados por farmacias participantes y nuestro proveedor de equipo médico duradero (DME). Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). • FHCP Medicare cubre agujas, jeringas o insulina para autoinyección como parte de su beneficio de farmacia (Parte D de Medicare). Puede obtener estos artículos en su farmacia minorista preferida o estándar local o a través de nuestra farmacia de pedido por correo. Su costo compartido se basa en el nivel aprobado del producto en la Lista de medicamentos (formulario) para el año del plan. • FHCP Medicare cubre lancetas, insulina para usar en una bomba y tiras reactivas como parte de su beneficio médico (Parte B de Medicare). Puede obtener insulina para usar en una bomba en su farmacia minorista preferida local o a través de nuestra farmacia de pedido por correo. FHCP Medicare también cubre las tiras de glucosa Ascensia (Contour® Next) en su farmacia minorista de la red preferida local o a través de nuestra farmacia de pedido por correo. Los medidores de glucosa Ascensia (Contour® Next) están disponibles en el Departamento de Educación sobre la Diabetes o en su farmacia minorista de la red preferida local. • Puede obtener otras marcas de tiras de glucosa dentro del formulario en su farmacia minorista preferida local o a través de nuestra farmacia de pedido por correo. • Todo el DME necesario desde el punto de vista médico cubierto por Original Medicare está cubierto en virtud de nuestro plan. La cobertura de artículos de DME y suministros puede requerir la coordinación del proveedor de DME participante de FHCP Medicare. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). 	<p>automanejo de la diabetes para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare (a través del personal clínico de FHCP Medicare solo con cita).</p> <p>Coseguro del 20 % para medicamentos administrados a través de bombas de infusión u otro DME.</p> <p>Vea también la sección “Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados” de esta Tabla de beneficios.</p> <p><i>Consulte también la sección “Telesalud” de esta Tabla de beneficios.</i></p>



Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Servicios, suministros y capacitación para el automanejo de la diabetes (continuación)</p> <p>Los beneficios están disponibles a través de nuestras farmacias de la red participantes o de nuestro proveedor de DME participante. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).</p>	
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para ver una definición de "equipo médico duradero", consulte el Capítulo 12 de esto folleto).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, a título enunciativo: sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Brindamos cobertura para todo el equipo médico duradero (DME) necesario desde el punto de vista médico cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su zona no trabaja con una marca o fabricante particular, puede solicitarle que haga un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio de Internet www.fhcpmedicare.com.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La cobertura de artículos de DME y suministros necesarios desde el punto de vista médico puede requerir la coordinación del proveedor de DME participante. • También cubrimos la insulina cuando se utiliza en una bomba de infusión como parte de su beneficio de DME. <p>Los beneficios están disponibles a través de nuestro proveedor participante. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).</p> <p>Nota importante: Las jeringas están cubiertas en virtud del beneficio de medicamentos recetados (Parte D) solo cuando se compran con insulina. Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta sobre esta cobertura.</p>	<p>Se necesita autorización previa para ciertos equipos/suministros. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información.</p> <p>El 20 % del costo por cada artículo cubierto por Medicare.</p> <p>Coseguro del 20 % para medicamentos administrados a través del uso de una bomba DME cubierta.</p> <p>Consulte también la sección “Servicios, suministros y capacitación para el automanejo de la diabetes” de esta Tabla de beneficios. Vea también la sección “Prótesis y suministros relacionados” de esta Tabla de beneficios.</p>


Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)</p> <p>Su costo compartido para estas jeringas se basa en el nivel aprobado de la insulina en la Lista de medicamentos (formulario) para el año del plan.</p>	
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindados por un proveedor calificado para brindar atención de emergencia; y • Necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es una situación en la que usted o cualquier otra persona no profesional prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina consideran que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido para los servicios de emergencia necesarios suministrados fuera de la red es el mismo que para los servicios proporcionados dentro de la red.</p> <p>Cobertura mundial: consulte la sección “Cobertura de servicios de emergencia/urgencia mundial” de esta Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura.</p> <p>Los medicamentos orales y otros medicamentos aprobados para la autoadministración recibidos durante una visita a la sala de emergencias o administrados en el momento del alta después de una hospitalización pueden estar cubiertos por su beneficio de farmacia (Parte D). La cobertura se basa en los beneficios de farmacia vigentes en el momento de su visita.</p> <p>Consulte también Servicios de urgencia.</p>	<p><u>Dentro y Fuera de la Red</u></p> <p>Copago de \$120 por visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> <p>No se aplica este copago si es ingresado en el hospital dentro de las 24 horas posteriores por la misma afección.</p> <p>Si usted recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado después de que su afección de emergencia se estabilice, el plan debe autorizar su atención como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red, y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Programas de educación para la salud y el bienestar <u>PROGRAMAS DE GESTIÓN DE LA SALUD Poblacional</u>: FHCP Medicare ofrece programas de gestión de la salud poblacional que incluyen educación sobre salud y nutrición. Para obtener más información, visite fhcp.com y haga clic en Health & Wellness (Salud y bienestar) o comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).</p> <p> Programas de educación para la salud y el bienestar (continuación) <u>PROGRAMA DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO PREFERIDO</u>: visitas gratuitas ilimitadas a los centros de acondicionamiento físico y gimnasios participantes en el área de cobertura de FHCP Medicare.</p> <p><u>LÍNEA DE ASESORAMIENTO DE ENFERMERÍA</u>: personal disponible las 24 horas del día, los 365 días del año compuesto por enfermeros registrados bilingües con experiencia que están disponibles para ayudarlo a tomar las decisiones correctas que involucren problemas de salud mediante el uso de pautas basadas en evidencia.</p>	<p>No hay costo alguno para usted por los programas de gestión de la salud poblacional cubiertos.</p> <p>No hay costo alguno para usted por participar en nuestro programa de acondicionamiento físico preferido.</p> <p>No hay costo alguno para usted por los servicios cubiertos de la línea de asesoramiento de enfermería.</p>
<p>Cuidados de la audición</p> <p>Los exámenes diagnósticos de la audición y el equilibrio realizados por su proveedor para determinar si usted necesita algún tratamiento médico cubierto como servicio ambulatorio cuando son proporcionados por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p>	<p>Copago de \$45 por visitas en el consultorio de un especialista cubiertas por Medicare.</p>
<p>Servicios de audición* (beneficios adicionales) También cubrimos los siguientes servicios adicionales de audición no cubiertos por Medicare*:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de audición de rutina: un examen por año • Evaluación de ajuste de audífonos: una evaluación/un ajuste de audífonos por año <p>Audífonos: subsidio máximo anual de beneficios del plan de \$300 para cada audífono</p> <p>Hasta 2 audífonos por año.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>Sujeto al beneficio máximo.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de audición* (beneficios adicionales) (continuación)</p> <p>Los servicios de audición adicionales se deben obtener a través de nuestro proveedor participante para recibir beneficios dentro de la red. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más ayuda.</p> <p>La compra de audífonos incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tres visitas de seguimiento dentro del primer año de la fecha de ajuste inicial • Período de prueba de 60 días a partir de la fecha de ajuste • Sesenta baterías por año por audífono (suministro para 3 años) • Garantía de reparación del fabricante de 3 años • Cobertura de reemplazo por única vez para audífonos perdidos, robados o dañados (se puede aplicar un deducible por audífono) • Primer juego de moldes auditivos (cuando sea necesario) <p>* Los montos que usted paga por estos servicios y suministros adicionales para el cuidado de la audición no cuentan para su gasto máximo de desembolso dentro de la red.</p> <p>Los beneficios no se pueden transferir al siguiente año de beneficios.</p>	<p>El miembro es responsable de cualquier monto luego de que se haya aplicado el beneficio de asignación.</p>
<p> Examen de detección de VIH/SIDA</p> <p>Para las personas que solicitan un examen de VIH/SIDA o que corren mayor riesgo de contraer VIH, el plan cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses <p>En el caso de las mujeres embarazadas, el plan cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo 	<p>Los miembros elegibles para exámenes de detección de VIH preventivos cubiertos por Medicare no pagan coseguro, copago ni deducible.</p>


Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención médica en el hogar</p> <p>Antes de que usted pueda recibir servicios de cuidado de la salud en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y solicitará que sean prestados por una agencia de atención médica en el hogar. Usted debe estar confinado en casa, lo que significa que le resulta difícil salir de ella.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de asistencia de salud en el hogar y de enfermería especializada de medio tiempo o intermitentes. (Para estar cubiertos en virtud del beneficio de atención médica en el hogar, los servicios de asistencia médica y enfermería especializada en el hogar deben sumar menos de 8 horas diarias y 35 horas semanales). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos 	<p>Se requiere autorización previa para servicios de atención médica en el hogar. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información.</p> <p>Copago de \$0 por cada visita de atención médica en el hogar cubierta por Medicare (incluidos los servicios de infusión a domicilio, pero con exclusión de los medicamentos de infusión)</p> <p>Lea la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” de esta Tabla de beneficios para obtener información sobre medicamentos de infusión.</p>
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención • Capacitación y educación del paciente no cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto 	<p>Copago de \$0 por cada servicio de terapia de infusión en el hogar cubierto por Medicare.</p>


Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Terapia de infusión en el hogar (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar 	
<p>Cuidados de hospicio</p> <p>Usted puede recibir atención de cualquier programa para enfermos terminales certificado por Medicare. Usted es elegible para obtener beneficios de centros para enfermos terminales cuando su médico y el director médico del centro para enfermos terminales le hayan dado un diagnóstico terminal que certifique que usted tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. El médico del hospicio para enfermos terminales puede ser un proveedor que pertenezca o no pertenezca a la red.</p> <p>Los servicios médicos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos para control de los síntomas y alivio del dolor Cuidado de relevo de corto plazo Atención en el hogar <p><u>Para los servicios del centro para enfermos terminales y los servicios cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que están relacionados con su diagnóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará por los servicios del centro para enfermos terminales y por cualquier servicio de la Parte A y de la Parte B relacionado con su diagnóstico terminal. Mientras se encuentra en el programa de centros para enfermos terminales, su proveedor del centro para enfermos terminales enviará la factura a Medicare Original por los servicios que Medicare Original paga.</p> <p><u>Para los servicios que son cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no son de urgencia ni de emergencia que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico</p>	<p>Quando se inscribe en un programa de centros para enfermos terminales certificado por Medicare, sus servicios para enfermos terminales y sus servicios de la Parte A y de la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal los paga Original Medicare, y no FHCP Medicare.</p> <p><u>Dentro y Fuera de la Red</u></p> <p>\$0 de copago por servicios de consulta en hospicios para enfermos terminales</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cuidados de hospicio (continuación)</p> <p>terminal, su costo para estos servicios va a depender de si se atiende con un proveedor de la red de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted solamente paga el costo compartido del plan por atención dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red, paga el costo compartido en virtud de las tarifas por servicio prestado de Medicare (Original Medicare). <p><u>Por servicios que están cubiertos por FHCP Medicare Premier Advantage, pero no por las Partes A o B de Medicare:</u> FHCP Medicare Premier Advantage continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, ya sea que estén o no relacionados con su diagnóstico terminal. Por estos servicios, usted paga el costo compartido del plan.</p> <p><u>Para medicamentos que puedan estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> los medicamentos nunca están cubiertos por el centro para enfermos terminales y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener mayor información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (<i>Qué sucede si está en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare</i>).</p> <p>Nota: Si necesita atención que no sea de un centro para enfermos terminales (atención que no está relacionada con su diagnóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para que coordinemos los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta de centros para enfermos terminales (una sola vez) para un enfermo terminal que no ha elegido el beneficio de centros para enfermos terminales.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una cada temporada de gripe en el otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si es necesario desde el punto de vista médico • Vacuna contra la hepatitis B si tiene riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacuna contra la COVID-19 	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible por las vacunas para la neumonía, la influenza, la hepatitis B y la COVID-19.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Vacunas (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Otras vacunas si se encuentra en riesgo y éstas cumplen las normas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p>	
<p>Atención para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye cuidados intensivos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes hospitalizados empieza el día en que es admitido formalmente en el hospital con una orden del médico. El día anterior en que es dado de alta es su último día de hospitalización.</p> <p>No hay límite en la cantidad de días que el plan cubre por cada hospitalización.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> Habitación semiprivada (o habitación privada, si es médicamente necesaria) Comidas, incluidas las dietas especiales Servicios regulares de enfermería Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o coronarios) Fármacos y medicamentos Exámenes de laboratorio Radiografías y otros servicios radiológicos Suministros médicos y quirúrgicos necesarios Uso de aparatos, como sillas de ruedas Costos de salas de operación y recuperación Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje Servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados En ciertas circunstancias, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, de riñón, de riñón-páncreas, de corazón, de hígado, de pulmón, de corazón/pulmón, de médula ósea, de células madre y de intestino/multivisceral. 	<p>Se requiere autorización previa para recibir cuidado hospitalario para el paciente en una situación que no es de emergencia.</p> <p>Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información.</p> <ul style="list-style-type: none"> Días 1 a 5: copago de \$215 por día (por hospitalización cubierta por Medicare). Después del día 5, el plan paga el 100 % de los gastos cubiertos. <p>Por cada estadía como paciente hospitalizado se cobra un deducible y/u otro costo compartido. El costo compartido también se aplica si es hospitalizado nuevamente por la misma afección.</p> <p>Si recibe atención para pacientes hospitalizados autorizada en un hospital</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <p>Si necesita un trasplante, haremos lo posible para que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de cobertura. Si los servicios de trasplante de nuestra red están fuera del patrón de atención comunitario, puede elegir un proveedor local siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si FHCP Medicare Premier Advantage proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige realizarse el trasplante en este lugar lejano, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte correspondientes para usted y un acompañante.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sangre, incluido su almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre. ● Servicios médicos <p>Nota: Para que se lo considere un paciente hospitalizado, su proveedor debe emitir una orden para que sea ingresado formalmente como paciente del hospital. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, es posible que se lo siga considerando como "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio u hospitalizado, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más en información en una hoja informativa de Medicare denominada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡Pregunte!” Esta hoja informativa está disponible en Internet en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Los medicamentos orales y otros medicamentos aprobados para la autoadministración recibidos en el momento del alta después de una hospitalización o administrados durante una visita a la sala de emergencias pueden estar cubiertos por su beneficio de farmacia (Parte D). La cobertura se basa en los beneficios de farmacia vigentes en el momento de su visita.</p>	<p>fuera de la red después de que se estabiliza su condición de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>



Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados</p> <p>Los cuidados médicos que están cubiertos incluyen los servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicare limita los servicios de salud mental cubiertos para pacientes hospitalizados proporcionados en un hospital psiquiátrico a un máximo de 190 días. Estos 190 días se denominan “límite de por vida”. • El límite de por vida de 190 días no aplica a los servicios de salud mental proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. • También cubrimos 60 días adicionales de por vida. Estos se denominan “días de reserva de por vida”. Si necesita más de 90 días de atención de salud mental para pacientes hospitalizados, puede utilizar sus días de reserva de por vida. Una vez que haya utilizado los días de reserva de por vida, su cobertura para la atención de salud mental para pacientes hospitalizados se limitará a 90 días por internación. 	<p>Se requiere autorización previa para la atención de salud mental para pacientes hospitalizados que no sea de emergencia. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 a 5: copago de \$215 por día (por hospitalización cubierta por Medicare). • Días 6 a 90: copago de \$0 por día • \$0 de copago por los días adicionales de hospitalización <p>Días de reserva de por vida: copago de \$0 por día</p> <p>Por cada estadía como paciente hospitalizado se cobra un deducible y/u otro costo compartido. El costo compartido también se aplica si es hospitalizado nuevamente por la misma afección.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Estadía en hospital: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía como paciente hospitalizado no cubierta</p> <p>Si agotó sus beneficios como paciente hospitalizado o si la estadía como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, no cubriremos su estadía como paciente hospitalizado. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que usted reciba mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como exámenes de laboratorio) • Radiografías, terapia con radio e isótopos, incluidos los materiales y los servicios técnicos • Vendajes quirúrgicos • Entablillados, yesos y otros aparatos que se utilizan para tratar fracturas y dislocaciones • Prótesis de rehabilitación y ortótica (que no sean dentales) que reemplacen total o parcialmente un órgano corporal interno (incluido el tejido contiguo) o la función inadecuada o la disfunción permanente de éste, incluidos los reemplazos o las reparaciones de dichos aparatos • Férulas para pierna, brazo, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o cambio de la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional 	<p>Servicios médicos: Para obtener información sobre los servicios de atención primaria y de especialistas cubiertos por Medicare, consulte la sección “Servicios de médicos generales o de atención primaria” de esta Tabla de beneficios.</p> <p>Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje Para conocer las terapias cubiertas por Medicare, consulte la sección de “Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios” de esta Tabla de beneficios para ver información sobre la cobertura.</p> <p>Pruebas de diagnóstico, radiografías, radioterapia (incluye apósitos quirúrgicos, férulas, yesos y otros dispositivos) Para los servicios cubiertos por Medicare, consulte la sección “Pruebas de diagnóstico, suministros y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios” de esta Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura.</p>


Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Estadía en hospital: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía como paciente hospitalizado no cubierta (continuación)</p>	<p>Prótesis y suministros relacionados Para obtener información sobre los equipos, dispositivos y suministros relacionados cubiertos por Medicare, consulte la sección “Prótesis y suministros relacionados” de esta Tabla de beneficios.</p>
<p> Terapia nutricional médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (de los riñones) (pero no sometidas a diálisis) o después de un trasplante de riñón, cuando las deriva su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individualizado durante el primer año que reciba servicios de terapia nutricional médica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, podrá recibir más horas de tratamiento con la derivación de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su derivación cada año si necesita continuar el tratamiento por otro año calendario.</p>	<p>Los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare no pagan coseguro, copago ni deducible.</p>
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare en todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento en la salud que proporciona capacitación práctica en cambios alimenticios a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible por el beneficio de MDPP.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p> <p>Estas medicinas son cubiertas por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que normalmente el paciente no se administra por su cuenta y que se inyectan mientras usted recibe servicios de un médico, en un hospital como paciente ambulatorio o de un centro quirúrgico ambulatorio • Medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) que fueron autorizados por el plan • Factores de coagulación que se inyecta usted mismo, en caso de tener hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba afiliado a la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órgano • Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si se encuentra confinado en su hogar, sufrió una fractura ósea o si el médico certifica que se debió a la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse el medicamento por su cuenta • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, que incluyen la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario desde el punto de vista médico, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, epoetina alfa, Aranesp® o darbepoetina alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de inmunodeficiencias primarias <p>El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: www.fhcpmedicare.com/medicare/resources-and-tools/prescription-drug-information-documents/.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas en virtud de nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D.</p>	<p>Los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos a requisitos de autorización previa y/o terapia escalonada. Para obtener más información sobre estos requisitos, consulte la Sección 4.2 del Capítulo 5.</p> <p>Coseguro del 0 % para los siguientes medicamentos de la Parte B. Albuterol, ipratropio, albuterol-ipratropio.</p> <p>Coseguro del 20 % para medicamentos de quimioterapia, medicamentos para infusión y todos los demás medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.</p> <p>NOTA: Ciertos medicamentos de la Parte B están disponibles en las farmacias minoristas preferidas de FHCP Medicare, en la farmacia de pedido por correo de FHCP, en un centro de infusión de FHCP O cuando son proporcionados y administrados por un médico dentro o fuera de la red.</p> <p>Los medicamentos de la Parte B de Medicare están</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <p>En el Capítulo 5 se explican los beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, así como las normas que debe cumplir para que estos medicamentos sean cubiertos. Lo que usted paga por sus medicinas recetadas de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p>	<p>sujetos al coseguro del 20 %. También pagará el costo compartido por cualquier servicio profesional asociado que se brinde en el consultorio de un médico o en un establecimiento de cuidados ambulatorios, según la ubicación del servicio (excluidos los medicamentos de quimioterapia).</p> <p>Excepción: Las hospitalizaciones cubiertas por Medicare sólo están sujetas al copago por día, y está incluido cualquier medicamento de la Parte B de Medicare. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información.</p>
<p> Exámenes de detección de la obesidad y tratamiento para estimular la pérdida sostenida de peso</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, se cubre el asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde pueda coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o médico general para obtener más información.</p>	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible para terapia y examen de detección preventivo de la obesidad.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento con opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento con Opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:</p>	<p>Se requiere autorización previa para servicios del programa de tratamiento con opioides. Comuníquese con Servicios para Miembros</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios del programa de tratamiento con opioides (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de tratamiento asistido por medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT) con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos. • Abastecimiento y administración de medicamentos de MAT (según corresponda). • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas de toxicología. • Actividades de admisión. • Evaluaciones periódicas. 	<p>si necesita más información.</p> <p>Copago de \$15 por servicios del programa de tratamiento con opioides.</p> <p>Consulte también la sección “Telesalud” de esta Tabla de beneficios.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico, suministros y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías y ecografías • Terapia de radiación (con radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros técnicos • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Entablillados, yesos y otros aparatos que se utilizan para tratar fracturas y dislocaciones • Exámenes de laboratorio • Sangre, incluido su almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes (p. ej., imagen por resonancia magnética [IRM], angiografía por resonancia magnética [ARM], tomografía por emisión de positrones [TEP], tomografía computarizada [TC] y pruebas de medicina nuclear) <p>Pruebas de laboratorio en los consultorios médicos: Nuestro plan solo cubre la recolección de muestras (por ejemplo, extracción de sangre) en el consultorio de un médico en relación con pruebas de laboratorio. Sin embargo, las muestras recolectadas en el consultorio de un médico deben enviarse a un Laboratorio clínico independiente de la red para realizar pruebas. No cubriremos los análisis de laboratorio realizados en</p>	<p>Se requiere autorización previa para recibir ciertos servicios. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información.</p> <p>Por las pruebas y los procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare, usted paga lo siguiente:</p> <p>Ecocardiograma</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por visita a un centro contratado dentro de la red o al consultorio del médico. • Copago de \$50 por visita a un departamento de pacientes ambulatorios de

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico, suministros y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación) el consultorio de un médico, a menos que esté autorizado por nuestro plan.</p>	<p>un hospital o a un departamento de un proveedor de un hospital/una clínica dentro de la red.</p> <p>Colonoscopia de diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por visita <p>Prueba de Densidad Ósea</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por visita <p>Mamografía de diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$20 por visita a un centro de radiología independiente dentro de la red. • Copago de \$45 por visita a un departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o a un departamento de un proveedor de un hospital/una clínica dentro de la red. <p>Estudios del sueño</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$50 por visita al consultorio de un especialista dentro de la red. • Copago de \$200 por visita a un departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o a un departamento de un proveedor de un hospital/una clínica dentro de la red.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico, suministros y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación)</p>	<p>Procedimientos/pruebas incidentales a una visita al consultorio (es decir, espirometría, ECG, prueba de esfuerzo, prueba de alergia): copago de \$0</p> <p>Ecografía de diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$10 por visita a un centro contratado dentro de la red o al consultorio del médico. • Copago de \$25 por visita a un departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o a un departamento de un proveedor de un hospital/una clínica dentro de la red. <p>Por todo servicio de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare, usted paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$10 por visita a un centro médico o consultorio médico con contrato de FHCP Medicare dentro de la red; es posible que se aplique un copago adicional por visita al consultorio. • Copago de \$50 por visita a un departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o a un departamento de un proveedor de un hospital/una clínica dentro de la red; es

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico, suministros y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación)</p>	<p>posible que se aplique un copago adicional por visita al consultorio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$125 por visita para servicios intervencionistas (colangiopancreatografía por resonancia magnética [CPRM], ablación), servicios avanzados de diagnóstico por imágenes (IRM, ARM, TEP, TC, angiografía por tomografía computarizada [ATC]) y medicina nuclear, en un establecimiento independiente de exámenes de diagnóstico o en un consultorio médico dentro de la red. • Copago de \$200 por visita para servicios intervencionistas (CPRM, ablación), servicios avanzados de diagnóstico por imágenes (IRM, ARM TEP, TC, ATC) y medicina nuclear, en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o en el departamento de un proveedor de un hospital/una clínica dentro de la red; es posible que se aplique un copago adicional por visita al consultorio. <p>Por servicios terapéuticos de radiología (radioterapia)</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico, suministros y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación)</p>	<p>cubiertos por Medicare, usted paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$10 por visita a un establecimiento independiente de exámenes de diagnóstico o un consultorio médico dentro de la red; es posible que se aplique un copago adicional por visita al consultorio. • Copago de \$50 por visita a un departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o a un departamento de un proveedor de un hospital/una clínica dentro de la red; es posible que se aplique un copago adicional por visita al consultorio. <p>Por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare, usted paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por visita <p>Por radiografías cubiertas por Medicare, usted paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$10 por visita a un centro médico o consultorio médico con contrato de FHCP Medicare dentro de la red; es posible que se aplique un copago adicional por visita al consultorio. • Copago de \$50 por visita a un departamento de

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico, suministros y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación)</p>	<p>pacientes ambulatorios de un hospital o a un departamento de un proveedor de un hospital/una clínica dentro de la red; es posible que se aplique un copago adicional por visita al consultorio.</p>
<p>Observación en un hospital de cuidados ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se prestan para determinar si necesita ser hospitalizado o si puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y se deben considerar razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando son proporcionados por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencia estatal y los estatutos del personal del hospital para ingresar pacientes en el hospital o solicitar pruebas ambulatorias.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor extienda una orden para internarlo en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los costos compartidos correspondientes a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, es posible que se lo siga considerando como "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio o no, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más en información en una hoja informativa de Medicare denominada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡Pregunte!” Esta hoja informativa está disponible en Internet en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Se requiere autorización previa para recibir ciertos servicios. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información.</p> <p>Copago de \$150 por hospitalización para observación en un hospital de cuidados ambulatorios.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>El plan cubre los servicios necesarios desde el punto de vista médico desde que usted recibe en el departamento de atención ambulatoria de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios brindados en un departamento de emergencias o clínicas de atención ambulatoria, como, por ejemplo, servicios de observación o cirugías ambulatorias • Pruebas de laboratorio y diagnóstico cobradas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, de no brindarse, requerirá tratamiento como paciente hospitalizado • Radiografías y otros servicios radiológicos cobrados por el hospital • Suministros médicos, como entablillados y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo <p>Nota: A menos que el proveedor extienda una orden para internarlo en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los costos compartidos correspondientes a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, es posible que se lo siga considerando como "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio o no, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare denominada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡Pregunte!” Esta hoja informativa está disponible en Internet en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Se requiere autorización previa para recibir ciertos servicios. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por los servicios preventivos cubiertos por Medicare (los servicios preventivos en esta Tabla de beneficios están enumerados en las secciones marcadas con una manzana. Consulte estas secciones para obtener detalles acerca de los servicios preventivos, incluidos los exámenes de detección, cubiertos por Medicare). • Copago de \$150 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que no sean los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Para visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare, consulte la sección “Atención de emergencia” de esta Tabla de beneficios para ver información sobre la cobertura. ○ Para servicios de diálisis cubiertos por Medicare, consulte la sección “Servicios para tratar

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)</p>	<p>enfermedades y afecciones renales” de esta Tabla de beneficios para ver información sobre la cobertura.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Para los servicios de laboratorio, las pruebas de diagnóstico, las radiografías y otros servicios de radiología cubiertos por Medicare, incluidos suministros médicos, como férulas y yesos, consulte la sección “Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios” de esta Tabla de beneficios para ver información sobre la cobertura. ○ Para cirugías ambulatorias cubiertas por Medicare, consulte la sección “Cirugías ambulatorias, incluidos los servicios que brindan los centros de cuidados ambulatorios y los centros de cirugía ambulatoria” de esta Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura. ○ Para servicios de hospitalización parcial cubiertos por

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)</p>	<p>Medicare, consulte la sección “Servicios de hospitalización parcial” de la Tabla de beneficios para ver información sobre la cobertura.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Para medicamentos de quimioterapia cubiertos por Medicare y medicamentos de infusión cubiertos por la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B de Medicare, consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” de la Tabla de beneficios para ver información sobre la cobertura. ○ Para obtener información de cobertura sobre los servicios de observación cubiertos por Medicare en un entorno de cuidados ambulatorios, consulte la sección “Observación en un hospital de cuidados ambulatorios” de esta Tabla de beneficios.
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios médicos cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental brindados por un médico o psiquiatra, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermera profesional, asistente médico u</p>	<p>Se requiere autorización previa para los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <p>otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare y autorizados por el estado, según lo permitan las leyes estatales aplicables.</p>	<p>proporcionados por un psiquiatra. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información.</p> <p>Copago de \$15 por cada visita de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Consulte también la sección “Telesalud” de esta Tabla de beneficios.</p>
<p>Servicios de rehabilitación ambulatoria</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se proporcionan en varios centros de atención ambulatoria, tales como los departamentos de atención ambulatoria de un hospital, consultorios de terapeutas independientes y Centros Integrales de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF).</p>	<p>Copago de \$20 por cada visita cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Servicios de tratamiento de abuso de sustancias que son brindados en un establecimiento de cuidados ambulatorios o consultorio a pacientes que necesitan tratamiento, pero que no necesitan el nivel de servicio que se brinda solo en los hospitales a los pacientes hospitalizados.</p>	<p>Se requiere autorización previa para recibir servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información.</p> <p>Copago de \$15 por visita de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios (continuación)</p>	<p>Consulte también la sección “Telesalud” de esta Tabla de beneficios.</p>
<p>Cirugías ambulatorias, incluidos los servicios que brindan los centros de cuidados ambulatorios y los centros de cirugía ambulatoria</p> <p>Nota: Si va a someterse a una cirugía en un hospital, debe verificar con su proveedor si usted será tratado como paciente hospitalizado o como paciente ambulatorio. A menos que el proveedor extienda una orden para internarlo en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los costos compartidos correspondientes a la cirugía ambulatoria. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, es posible que se lo siga considerando como "paciente ambulatorio".</p>	<p>Se requiere autorización previa para todas las cirugías. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$150 por servicios cubiertos por Medicare brindados en un hospital de cuidados ambulatorios. • Copago de \$75 por servicios cubiertos por Medicare prestados en un centro de cirugía ambulatoria.
<p>Productos de venta libre (OCT)</p> <p>Usted recibe un subsidio de beneficios de \$75 cada tres meses para utilizar para la compra de artículos elegibles. Cualquier monto de subsidio restante o no utilizado se pierde y no se transfiere al siguiente trimestre. Recibirá un catálogo de artículos de venta libre por correo con más información sobre este beneficio, incluidas las instrucciones para usarlo.</p>	<p>Copago de \$0 por el subsidio para productos de venta libre.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se proporciona como servicio de cuidados ambulatorios o que proporciona un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta y que constituye una alternativa a la hospitalización.</p> <p>Nota: Debido a que no existen centros de salud mental comunitarios en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial únicamente como un servicio de cuidados ambulatorios.</p>	<p>Se requiere autorización previa para servicios de hospitalización parcial que no sean de emergencia. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información.</p> <p>Copago de \$20 por día por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de médicos generales o de atención primaria, incluidas visitas a consultorios médicos</p> <p>Los servicios médicos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de cuidados médicos y cirugía necesarios desde el punto de vista médico proporcionados en un consultorio médico, un centro de cirugía ambulatoria certificado, el departamento de atención ambulatoria de un hospital o cualquier otro establecimiento • Consultas, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista • Exámenes básicos de la audición y del equilibrio, realizados por su PCP, si su médico los indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Determinados servicios de telesalud, incluidos: Atención primaria, servicios especializados (servicios selectos), servicios de salud del comportamiento (incluidos tratamiento con opioides, abuso de sustancias para pacientes ambulatorios) y servicios de dietistas a los que tiene acceso a través de los médicos del personal de FHCP Medicare. <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios por telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. 	<p>Se requiere autorización previa para recibir ciertos servicios especializados. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información.</p> <p>Servicios en Establecimientos de Cuidados Ambulatorios Copago de \$0 por servicios médicos cubiertos por Medicare proporcionados en un centro de cuidados ambulatorios, centros de cirugía ambulatoria u otros centros de atención ambulatoria que no se incluye en esta lista</p> <p>Visitas a consultorios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por cada consulta de atención


Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de médicos generales o de atención primaria, incluidas visitas a consultorios médicos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Debe usar nuestro proveedor contratado o un proveedor aprobado por el plan. Consulte la sección “Telesalud” de esta Tabla de beneficios para obtener más información. • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con enfermedad renal terminal para los miembros que reciben diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal de un hospital de acceso crítico o de un hospital, centro de diálisis renal, o en el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5 a 10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ no es un paciente nuevo, y ○ el control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días, y ○ el control no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la primera cita disponible. • Evaluación del video o las imágenes que envía a su médico, y la interpretación y el seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ○ no es un paciente nuevo, y ○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días, y ○ la evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la primera cita disponible. • La consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica. • Segunda opinión previa a la cirugía por parte de otro proveedor de la red • Atención dental que no sea de rutina (los servicios médicos cubiertos se limitan a cirugías de mandíbula o de las estructuras relacionadas, tratamientos de las 	<p>primaria cubierta por Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$15 por cada consulta a un especialista cubierta por Medicare. <p>Se aplicará un copago por cada visita al especialista a la que no se presente.</p> <p>Consulte también la sección “Telesalud” de esta Tabla de beneficios.</p> <p>Medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B de Medicare</p> <p>Los medicamentos de la Parte B de Medicare están sujetos al costo compartido aplicable para el medicamento más cualquier copago aplicable por servicios profesionales para administrar el medicamento, según la ubicación del servicio (excepto los medicamentos de quimioterapia).</p> <p>Consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” de esta Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura.</p> <p>Servicios dentales y de audición cubiertos por Medicare</p>



Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de médicos generales o de atención primaria, incluidas visitas a consultorios médicos (continuación)</p> <p>fracturas de mandíbula o de los huesos faciales, extracciones de piezas dentales a fin de preparar la mandíbula para tratamientos de radiación por enfermedad neoplásica cancerosa, o servicios médicos que serían cubiertos si los brinda un médico).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B de Medicare. • Radiografías <p>Pruebas de laboratorio en los consultorios médicos: Nuestro plan solo cubre la recolección de muestras (por ejemplo, extracción de sangre) en el consultorio de un médico en relación con pruebas de laboratorio. Sin embargo, las muestras recolectadas en el consultorio de un médico deben enviarse a un laboratorio clínico independiente de la red para Servicios de médicos generales o de atención primaria, incluidas visitas a consultorios médicos (continuación) realizar pruebas. No cubriremos los análisis de laboratorio realizados en el consultorio de un médico, a menos que esté autorizado por nuestro plan.</p> <p>Nota: Un médico de atención primaria es un médico general, un médico de familia, un médico internista, un geriatra o un pediatra. Todos los demás médicos son considerados especialistas.</p>	<p>Consulte las secciones “Servicios dentales” y “Servicios de audición” de esta Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura.</p> <p>Pruebas de diagnóstico, radiografías, radioterapia (incluye apósitos quirúrgicos, férulas, yesos y otros dispositivos)</p> <p>Para los servicios cubiertos por Medicare, consulte la sección “Pruebas de diagnóstico, suministros y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios” de esta Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura.</p>
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Los servicios médicos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de afecciones de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo) • La atención de rutina de los pies para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores. 	<p>Copago de \$15 por cada visita cubierta por Medicare cuando los servicios los brinda un podólogo.</p>
<p>Servicios de podología* (beneficios adicionales)</p> <p>También cubrimos los siguientes cuidados de rutina de los pies adicionales que no cubre Medicare*:</p>	



Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de podología* (beneficios adicionales) (continuación)</p> <p>Tratamiento del pie para miembros con diabetes u otras afecciones que provocan daño en los nervios y el suministro de sangre de los pies, o mala circulación en los pies. Este tratamiento generalmente se considera preventivo, es decir, cortar o quitar callos, verrugas, callosidades o uñas.</p> <p>* Las cantidades que pague por los cuidados de rutina de los pies no se tienen en cuenta para su gasto máximo de desembolso dentro de la red.</p>	<p>\$10 de copago por visita de rutina; Limitado a 6 visitas por año.</p>
<p> Exámenes para la detección del cáncer de próstata</p> <p>Para hombres de 50 años o más, los servicios médicos cubiertos incluyen lo siguiente, cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de tacto rectal • Prueba del antígeno prostático específico (PSA) <p>Nota: Todos los exámenes de diagnóstico que deban efectuarse a causa de los exámenes para la detección del cáncer de próstata están sujetos a los costos compartidos respectivos. Véase Pruebas de diagnóstico, suministros y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios, en esta Tabla de Beneficios, para obtener más información.</p>	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible por una prueba anual de PSA.</p>
<p>Prótesis y suministros relacionados</p> <p>Aparatos (que no sean dentales) que reemplazan, total o parcialmente, una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros relacionados directamente con los cuidados de colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluyen ciertos suministros relacionados con las prótesis y la reparación y/o el reemplazo de éstas. También incluyen cobertura parcial después de la extirpación de cataratas o de una cirugía de cataratas. Para obtener información más detallada, consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección.</p>	<p>Se requiere autorización previa para ciertos artículos. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información.</p> <p>Coseguro del 20 % para las prótesis cubiertas por Medicare, los suministros relacionados con las prótesis y las órtesis.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tiene enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave, y que tienen una derivación para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Se requiere autorización previa para recibir servicios de rehabilitación pulmonar. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información.</p> <p>Copago de \$20 por sesiones de rehabilitación pulmonar cubiertas por Medicare.</p>
<p> Evaluación y orientación para disminuir el consumo excesivo de alcohol</p> <p>Brindamos cobertura para una evaluación de problemas con el alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que consumen más alcohol de lo normal, pero que no son alcohólicos.</p> <p>Si da positivo en la evaluación de abuso de alcohol, usted puede recibir hasta 4 sesiones breves personales de orientación al año (si usted es competente y está alerta durante la sesión) de parte de un médico general o un médico de atención primaria calificado, en un centro de atención primaria.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de examen de detección y asesoramiento para la reducción del mal uso del alcohol cubierto por Medicare.</p>
<p> Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (TCDB)</p> <p>Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una TCDB cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas de 55 a 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de consumo de tabaco de, al menos, 30 años fumando un paquete diario, que fuman actualmente o que han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden escrita para una TCDB durante una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida acerca de la prueba de detección del cáncer de pulmón que cumple los criterios de Medicare para dichas visitas y que es prestada por un médico o por otro profesional de la salud.</p>	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni para la TCDB.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (TCDB) (continuación)</p> <p><i>Para las pruebas de detección del cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba LDCT inicial:</i> los miembros deben recibir una orden escrita para la prueba de detección del cáncer de pulmón que puede ser proporcionada durante cualquier visita adecuada con un médico o con otro profesional de la salud. Si un médico o profesional no médico calificado opta por proporcionar asesoramiento de detección de cáncer de pulmón y una visita de toma de decisiones compartida para las pruebas de detección de cáncer de pulmón posteriores con TCDB, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	
<p> Exámenes para la detección de enfermedades venéreas y orientación para prevenirlas</p> <p>Brindamos cobertura para los exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS), tales como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos en el caso de las mujeres embarazadas y determinadas personas que tienen mayor riesgo de contraer una ETS cuando las pruebas son ordenadas por un proveedor de atención primaria. El plan cubre uno de estos exámenes cada 12 meses o en ciertos momentos durante un embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones individuales e intensivas de orientación conductual, de 20 a 30 minutos, cada año a las personas adultas activas sexualmente que corren un riesgo mayor de contraer una ETS. Solo cubriremos estas sesiones de orientación como servicio preventivo si las brinda un proveedor de atención primaria en un centro de atención primaria, por ejemplo, el consultorio de un médico.</p>	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible por el examen de detección de ETS y el asesoramiento para la prevención de ETS cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios para tratar las enfermedades renales</p> <p>Los servicios médicos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación para enfermedades renales para que los miembros aprendan sobre el cuidado de los riñones y para ayudarles a tomar decisiones informadas sobre su atención médica. Para miembros con enfermedad renal crónica en estadio IV cuando los deriva 	<p><u>Dentro y Fuera de la Red</u> 20% del coseguro por diálisis renal</p> <p>La diálisis renal fuera de la red está cubierta solo cuando viaja fuera del área</p>


Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios para tratar las enfermedades renales (continuación)</p> <p>su médico, el plan cubre hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales de por vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de diálisis ambulatoria (incluidos los tratamientos de diálisis recibidos mientras se encuentra temporalmente fuera del área de cobertura, como se explica en el Capítulo 3) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si lo internan en un hospital para brindarle atención especial) • Capacitación para la autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Suministros y equipos para diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (por ejemplo, y en caso necesario: visitas por parte de trabajadores capacitados en diálisis para que revisen su diálisis en el hogar, lo ayuden en emergencias y revisen su equipo de diálisis y el suministro de agua) <p>Ciertas medicinas para la diálisis están cubiertas bajo su beneficio de medicinas de la Parte B de Medicare. Para obtener información acerca de la cobertura para los medicamentos de la Parte B, revise la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.</p>	<p>de cobertura de FHCP Medicare.</p> <p><u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por los servicios de educación sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare</p>
<p>Cuidados en centros de enfermería especializada (SNF) (Para conocer la definición de “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de este folleto. Los centros de enfermería especializada algunas veces se denominan “SNF” [skilled nursing facility]).</p> <p>La cobertura se limita a 100 días por período de beneficios. No es necesaria una hospitalización previa.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una habitación semiprivada (o una habitación privada, si es necesaria desde el punto de vista médico) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de cuidados médicos especializados 	<p>Se requiere autorización previa para todos los ingresos de pacientes en centros de enfermería especializada. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 a 20: copago de \$0 por día (por período de beneficios)

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cuidados en centros de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que le son administrados como parte del régimen de tratamiento. (Se incluyen sustancias que existen en forma natural en el organismo, como, por ejemplo, los factores de coagulación). • Sangre, incluido su almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados habitualmente por los SNF • Las pruebas de laboratorio que normalmente se realizan en los SNF • Radiografías y otros servicios radiológicos que, normalmente, se realizan en los Centros de Cuidados Médicos Especializados (SNF) • El uso de accesorios, como sillas de ruedas, que normalmente se proveen en los SNF. • Servicios de médicos generales o de atención primaria <p>Por lo general, usted recibe su atención de los SNF en los establecimientos de la red. Sin embargo, en ciertas circunstancias que se indican más adelante, es posible que usted tenga que pagar el costo compartido correspondiente a atención dentro de la red por un centro que no es proveedor de la red si éste acepta los valores de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro de cuidados médicos no especializados o una comunidad de retiro de atención continua donde había estado viviendo hasta el momento en que ingresó en el hospital (siempre que brinde atención en un centro de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted sale del hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> • Días 21 a 100: copago de \$150 por día (por período de beneficios) <p>Cuando es ingresado en un centro de enfermería especializada (SNF), está cubierto según lo definen las pautas de Original Medicare. FHCP Medicare no cubre el cuidado asistencial. FHCP Medicare sigue las pautas de Original Medicare para determinar la autorización y el período de beneficios para los servicios de SNF.</p> <p>Un “período de beneficios” comienza el día que usted ingresa en un SNF. Finaliza cuando usted pasa 60 días seguidos sin una hospitalización. Si usted ingresa en un SNF después de que ha finalizado un período de beneficios, empieza otro nuevo. No hay límite en la cantidad de periodos de beneficios que puede tener.</p>


Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Cese del consumo de tabaco y del hábito de fumar (asesoramiento para dejar de fumar)</p> <p>Si usted consume tabaco, pero no presenta signos o síntomas de enfermedades asociadas a éste: El plan cubre dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <p><u>Si usa tabaco y fue diagnosticado con una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que se pueda ver afectado por el tabaco:</u> El plan cubre los servicios de asesoramiento para dejar de fumar. El plan cubre dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted tendrá que pagar el costo compartido aplicable. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p>	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar el tabaco y el hábito de fumar cubiertos por Medicare.</p>
<p>Terapia de ejercicio supervisado (SET)</p> <p>La terapia de ejercicio supervisado (supervised exercise therapy, SET) está cubierta para miembros que tienen una enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática y una derivación para EAP del médico responsable del tratamiento de la EAP.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • consistir en sesiones que duran entre 30 y 60 minutos, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento de ejercicios para la EAP en pacientes con claudicación; • llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico; • Ser llevado a cabo por personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios excedan los daños, y que estén entrenados en terapia de ejercicios para PAD • estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero profesional/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. 	<p>Se requiere autorización previa para la terapia de ejercicio supervisado. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información.</p> <p>Copago de \$20 por cada sesión de terapia de ejercicio supervisado (SET) cubierta por Medicare.</p>



Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Terapia de ejercicio supervisado (SET) (continuación) La SET puede estar cubierta más allá de 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	
<p>Telesalud (beneficios adicionales) Las visitas de telesalud se realizan a través de una aplicación segura basada en la web en un teléfono inteligente, una tableta o en una computadora. Las visitas cara a cara le permiten al psicólogo o médico de telesalud tratar problemas médicos comunes que no son de emergencia, además de brindar atención de salud del comportamiento. Usted tiene acceso a servicios de atención primaria y de salud del comportamiento a través del proveedor contratado de FHCP Medicare.</p> <p>Usted tiene acceso a servicios de atención primaria, servicios especializados (servicios selectos), servicios de salud del comportamiento (incluidos tratamiento con opioides, abuso de sustancias para pacientes ambulatorios) y servicios de dietistas a través de los proveedores del personal de FHCP Medicare.</p> <p>Algunos proveedores aprobados por el plan, que se extienden más allá de esta lista de proveedores, ofrecen servicios de telesalud cubiertos por la Parte B. Estas ofertas varían según el médico.</p> <p>No todos los servicios están disponibles a través de telesalud. Puede validar las ofertas de telesalud de su proveedor comunicándose directamente con él o comunicándose con Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.</p> <p>Los servicios de telesalud cubiertos por la Parte B tienen el mismo costo compartido que las visitas en persona.</p>	<p>Telesalud a través del proveedor con contrato de FHCP Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago por una visita al PCP • \$30 de copago por una visita al psicólogo <p>Visitas de telesalud con un proveedor del personal de FHCP Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por visita para: <ul style="list-style-type: none"> – Médico de atención primaria – Especialista – Salud mental para pacientes ambulatorios (solo sesiones individuales) – Servicios del Programa de Tratamiento con Opioides – Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios (solo sesiones individuales) – Servicios de dietistas y capacitación para el automanejo de la

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Telesalud (beneficios adicionales) (continuación)</p>	<p>diabetes (a través del personal clínico de FHCP Medicare, solo con cita)</p>
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Los servicios de urgencia se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica inesperada que no constituye una emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores dentro de la red o proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles ni accesibles temporalmente.</p> <p>El costo compartido para los servicios de urgencia suministrados fuera de la red es el mismo que para los servicios proporcionados dentro de la red.</p> <p>Para los servicios de urgencia suministrados fuera de la red, su costo compartido es el mismo que para los servicios proporcionados dentro de la red. Para servicios de urgencia fuera del país, consulte a continuación los servicios de urgencia (en todo el mundo).</p> <p>Cobertura mundial: consulte la sección “Cobertura de servicios de emergencia/urgencia mundial” de esta Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura.</p>	<p><u>Dentro y Fuera de la Red</u> Copago de \$10 por visitas de atención de urgencia cubiertas por Medicare cuando los servicios son brindados en un centro de atención de urgencias.</p> <p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$0 por visitas de atención de urgencia cubiertas por Medicare cuando los servicios son brindados en un centro de atención de horario extendido de FHCP de Medicare.</p> <p>Se <u>aplica</u> el copago si es ingresado.</p>
<p> Cuidados de la vista</p> <p>Los servicios médicos cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de la vista, incluido el tratamiento por degeneración macular asociada a la edad. Original Medicare no cubre los exámenes de rutina de la vista (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos a partir de 50 años, e hispanoamericanos a partir de 65 años. 	<p>Por exámenes cubiertos por Medicare para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por visita cuando la realiza un optometrista. • Copago de \$15 por visita cuando la realiza un oftalmólogo; se requiere una derivación.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Cuidados de la vista (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular (si tiene dos operaciones de cataratas separadas, no puede reservarse el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). 	<p>Copago de \$0 por pruebas de detección de glaucoma cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por exámenes de la retina para diabéticos.</p> <p>Por lentes y anteojos cubiertos por Medicare \$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas</p>
<p>Atención de la vista (beneficios adicionales)</p> <p>También cubrimos los siguientes suministros y servicios de atención de la vista adicionales no cubiertos por Medicare*:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de la vista de rutina: 1 cada 12 meses (incluida la dilatación cuando sea necesaria). <p>*Los montos que paga por estos servicios adicionales para la atención de la vista no cuentan para su cantidad máxima de costos a su cargo.</p> <p>Los beneficios no se pueden transferir al siguiente año de beneficios.</p>	<p>Copago de \$0 por exámenes de la vista de rutina (1 por año).</p> <p>FHCP Medicare pagará hasta \$180 cada dos años para la compra de anteojos (marcos y lentes) en un optometrista participante.</p>
<p> Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”</p> <p>El plan cubre la visita preventiva única de “Bienvenida a Medicare”. La visita consiste en una evaluación de su salud, además de educación y orientación sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluidos ciertos exámenes de detección y vacunas) y referidos para otros servicios si es necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” solamente dentro de los primeros 12 meses de cobertura de la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio del médico que le gustaría programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.</p>	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible por la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cobertura de servicios de emergencia/urgencia mundial Nuestro plan cubre los mismos servicios de emergencia, atención de urgencia y transporte de emergencia ya sea que los reciba dentro o fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Es posible que deba pagar el 100 % de los cargos en el momento en que le presten servicios fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Posteriormente, puede presentar sus reclamaciones para solicitar el reembolso. Junto con la presentación del reclamo se exigirá una prueba del pago, traducciones y conversiones de divisas.</p> <p>Debe llamar al Centro de Servicio Internacional BlueCard al 1-800-810-BLUE (2583) (siga las instrucciones para el proveedor internacional), o llamar por cobrar al 1-804-673-1177 para obtener ayuda para pactar un acuerdo de pago con un proveedor extranjero.</p>	<p>Copago de \$120 por servicios de emergencia cubiertos por el plan recibidos fuera de los Estados Unidos o sus territorios.</p> <p>Si es ingresado en el hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia.</p> <p>Copago de \$10 por servicios de urgencia cubiertos por el plan recibidos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p> <p>Copago de \$265 por servicios de transporte de emergencia cubiertos por el plan recibidos fuera de los Estados Unidos o sus territorios.</p> <p>Los beneficios para los servicios de atención de emergencia, atención de urgencia y transporte de emergencia recibidos fuera de los Estados Unidos y sus territorios están limitados a un beneficio máximo combinado de \$25,000 por año calendario.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?****Sección 3.1 Servicios que el plan *no* cubre (exclusiones)**

Esta sección le informa qué servicios están “excluidos” de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan. Si un servicio está “excluido” significa que este plan no cubre el servicio.

La tabla a continuación enumera servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna circunstancia o solo están cubiertos bajo circunstancias específicas.

Si obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo. No pagaremos por servicios médicos excluidos que se encuentran en la tabla de abajo excepto bajo las circunstancias específicas enumeradas. La única excepción: pagaremos si se determina, luego de una apelación, que un servicio de la tabla a continuación es un servicio médico que deberíamos pagar o cubrir debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones en los servicios se describen en la Tabla de Beneficios o en la tabla a continuación.

Incluso si recibe los servicios excluidos en un establecimiento de emergencia, los servicios excluidos igual no serán cubiertos y nuestro plan no pagará por los servicios.

Servicios no cubiertos por Medicare	No están cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Acupuntura		✓ Cubiertos para el dolor lumbar crónico
Cirugía plástica o procedimientos cosméticos		✓ Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo con malformación. Se cubren todas las etapas de la reconstrucción de las mamas luego de someterse a una mastectomía, tanto de la mama afectada como la no afectada, para lograr una apariencia simétrica.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios no cubiertos por Medicare	No están cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
<p>El cuidado de custodia es aquel que es brindado en un centro de atención no especializada, hospicio u otro establecimiento cuando usted no requiere atención médica o de enfermería especializada.</p> <p>El cuidado de custodia es aquel que no requiere atención continua de parte de personal médico o paramédico entrenado, como, por ejemplo, la asistencia en las actividades cotidianas tales como bañarse o vestirse.</p>	✓	
<p>Medicamentos, equipos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales.</p> <p>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que nuestro plan y Medicare Original han determinado que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Puede que los cubra Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, o nuestro plan.</p> <p>(Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).</p>
<p>Cargos que cobren sus familiares cercanos o miembros de su hogar por cuidados</p>	✓	
<p>Los cuidados médicos especializados a tiempo completo en su hogar.</p>	✓	
<p>Comidas a domicilio</p>	✓	
<p>Los servicios domésticos incluyen la asistencia básica en el hogar, incluidas las tareas domésticas o la preparación de comidas livianas.</p>	✓	

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios no cubiertos por Medicare	No están cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Los servicios de naturopatía (que utilizan tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Atención dental que no sea de rutina		<p style="text-align: center;">✓</p> <p><u>Servicios cubiertos por Medicare</u> La atención dental que se requiere para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención de paciente hospitalizado o de paciente ambulatorio.</p> <p><u>Servicios no cubiertos por Medicare</u> Nuestro plan incluye la cobertura de los siguientes servicios dentales no rutinarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extracciones simples de dientes erupcionados o raíces expuestas • Ajustes de prótesis dentales completas o parciales <p>Consulte la sección “Servicios dentales (beneficios adicionales)” de la Tabla de beneficios en este capítulo para obtener información adicional sobre esta cobertura.</p>
Zapatos ortopédicos		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Si son parte de una férula para piernas y están incluidos en el costo de esta, o los zapatos son para una persona con pie diabético.</p>
Los artículos personales en la habitación de un hospital o centro de cuidados médicos especializados, como un teléfono o un televisor.	✓	
Habitación privada en un hospital.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se cubre solo cuando es médicamente necesario.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios no cubiertos por Medicare	No están cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Reversión de procedimientos de esterilización y dispositivos anticonceptivos no recetados.	✓	
Atención quiropráctica de rutina		✓ Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones.
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes dentales o dentaduras postizas.		✓ <u>Servicios no cubiertos por Medicare</u> Nuestro plan incluye la cobertura de los siguientes servicios dentales de rutina: <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes bucales • Limpiezas • Radiografías Consulte la sección “Servicios dentales (beneficios adicionales)” de la Tabla de beneficios en este capítulo para obtener más información sobre la cobertura de servicios dentales de rutina de nuestro plan que no están cubiertos por Medicare.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios no cubiertos por Medicare	No están cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
<p>Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros aparatos para corregir la visión deficiente.</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p><u>Servicios cubiertos por Medicare</u> Examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para personas después de una cirugía de cataratas.</p> <p><u>Servicios no cubiertos por Medicare</u> Nuestro plan incluye la cobertura de los siguientes servicios y suministros para la vista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de la vista de rutina • Lentes y marcos de anteojos <p>Consulte la sección “Atención de la vista (beneficios adicionales)” de la <i>Tabla</i> de beneficios en este capítulo para obtener información adicional sobre esta cobertura.</p>
<p>Cuidado de los pies de rutina</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p><u>Servicios cubiertos por Medicare</u> Se proporciona cierta cobertura limitada de acuerdo con las pautas de Medicare (p. ej., si tiene diabetes).</p> <p><u>Servicios no cubiertos por Medicare</u> Nuestro plan incluye cuidados de rutina de los pies adicionales para miembros con diabetes u otras afecciones que provoquen daños en los nervios y el suministro de sangre de los pies, o mala circulación en los pies. Consulte la sección “Atención de podología (beneficios adicionales)” de la <i>Tabla</i> de beneficios en este capítulo para obtener información adicional sobre esta cobertura.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios no cubiertos por Medicare	No están cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Exámenes de la audición de rutina, audífonos o exámenes para el ajuste de audífonos.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p><u>Servicios no cubiertos por Medicare</u></p> <p>Nuestro plan incluye la cobertura de los siguientes servicios de la audición:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de audición de rutina • Evaluación y ajuste de audífonos • Audífonos <p>Consulte la sección “Servicios de audición (beneficios adicionales)” de la Tabla de beneficios en este capítulo para obtener información adicional sobre esta cobertura.</p>
Los servicios que no se consideren razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare.	✓	
Aparatos ortopédicos para los pies		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético.</p>
Telesalud		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Consulte la sección “Telesalud” de la Tabla de beneficios en este capítulo para obtener más información sobre los servicios cubiertos. Las especialidades no incluidas en la sección “Telesalud” no están cubiertas a través de la telesalud.</p>

CAPÍTULO 5

*Cómo usar la cobertura del plan
para sus medicamentos recetados de
la Parte D*

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción.....	125
Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura de medicamentos de la Parte D.....	125
Sección 1.2	Reglas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan	126
SECCIÓN 2	Obtener sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	127
Sección 2.1	Para que su medicamento recetado esté cubierto por el plan, use una farmacia de la red.	127
Sección 2.2	Cómo buscar farmacias de la red	127
Sección 2.3	Cómo usar los servicios de pedido por correo del plan.....	128
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos?	130
Sección 2.5	¿Cuándo puede usar una farmacia que no forma parte de la red del plan? .	130
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben formar parte de la “Lista de medicamentos” del plan.	131
Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos.	131
Sección 3.2	Hay <i>cinco</i> “niveles de costo compartido” para los medicamentos de la Lista de medicamentos	132
Sección 3.3	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico forma parte de la Lista de medicamentos?	133
SECCIÓN 4	Hay restricciones de cobertura para algunos medicamentos.	133
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?.....	133
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones?	134
Sección 4.3	¿Se aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos?	135
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría?	136
Sección 5.1	Hay ciertas cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría.	136
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no forma parte de la Lista de medicamentos o está restringido de algún modo?.....	137
Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto?	139

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 6	¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?	140
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año.	140
Sección 6.2	¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando?	140
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	142
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos	142
SECCIÓN 8	Muestre su tarjeta de miembro del plan cuando obtenga un medicamento recetado.	144
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de miembro.	144
Sección 8.2	¿Qué sucede si no tiene con usted su tarjeta de miembro?	144
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	144
Sección 9.1	¿Qué sucede si se encuentra en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía que está cubierta por el plan?	144
Sección 9.2	¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)?	145
Sección 9.3	¿Qué sucede si también tiene cobertura de medicamentos del plan de un grupo empleador o de jubilados?	145
Sección 9.4	¿Qué sucede si usted está en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare?	146
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad de medicamentos y manejo de medicamentos	147
Sección 10.1	Programas para ayudar a que los miembros usen los medicamentos en forma segura	147
Sección 10.2	Programa de manejo de medicamentos (Drug Management Program, DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de forma segura	147
Sección 10.3	Programa de manejo de farmacoterapia (Medication Therapy Management, MTM) para ayudar a que los miembros manejen sus medicamentos	148

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

¿Sabía que hay programas disponibles para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos?

El programa “Ayuda Adicional” brinda ayuda económica a las personas con recursos limitados para que paguen sus medicamentos. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Está recibiendo, actualmente, ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta *Constancia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D* no se aplica en su caso.** Le hemos enviado por separado una información adicional denominada “Cláusula Adicional de la Constancia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos Recetados” (también llamada “Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos” o “Cláusula LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para Miembros y pida la “Cláusula LIS”. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura de medicamentos de la Parte D.
--------------------	---

Este capítulo **explica las normas para usar su cobertura para medicamentos de la Parte D.** El próximo capítulo indica lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6: *Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Además de su cobertura para medicamentos de la Parte D, FHCP Medicare Premier Advantage también cubre algunos medicamentos en virtud de los beneficios médicos del plan. A través de su cobertura de beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan generalmente cubre los medicamentos que recibe durante sus estancias cubiertas en un hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de la cobertura de beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos que incluyen ciertos medicamentos de quimioterapia, ciertas inyecciones de medicamentos que recibe durante una visita al consultorio y medicamentos que recibe en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, qué está cubierto y qué paga usted*) indica los beneficios y costos por los medicamentos durante una estancia cubierta en un hospital o centro de enfermería especializada, así como los beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Puede que Original Medicare cubra sus medicamentos si se encuentra en un centro para enfermos terminales de Medicare. Nuestro plan cubre únicamente los medicamentos y servicios de la Parte A, B y D de Medicare que no están relacionados con su diagnóstico terminal y

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

condiciones relacionadas y por lo tanto no están cubiertos bajo el beneficio de centro para enfermos terminales de Medicare. Para obtener mayor información, consulte la Sección 9.4 (*Qué sucede si está en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare*). Para obtener más información sobre la cobertura de centro para enfermos terminales, consulte la sección de centro para enfermos terminales del Capítulo 4 (Tabla de Beneficios Médicos, qué está cubierto y qué paga usted).

Las siguientes secciones hablan sobre la cobertura de sus medicamentos bajo las normas de beneficios de la Parte D del plan. Sección 9, *Cobertura en situaciones especiales de los medicamentos de la Parte D* incluye más información en su cobertura de la Parte D y en Medicare Original.

Sección 1.2	Reglas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan
--------------------	--

Por lo general, el plan cubre sus medicamentos, siempre que usted cumpla con las siguientes normas básicas:

- Debe contar con un proveedor (un médico, un dentista u otra persona autorizada para extender recetas) que le extienda la receta médica.
- La persona autorizada para extender recetas debe aceptar Medicare o presentar documentación a los CMS que demuestre que está calificado para emitir recetas, o su reclamación de la Parte D será denegada. Debe consultar a la persona autorizada para extender recetas la próxima vez que la llame o visite si cumple con esta condición. Si no es así, tenga en cuenta que al médico le lleva tiempo enviar la documentación necesaria para su procesamiento.
- Generalmente debe obtener el medicamento recetado en una farmacia de la red. (Consulte la Sección 2, *Obtener sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- La medicina debe formar parte de la *Lista de medicinas cubiertas (Formulario) del plan* (la denominamos “Lista de medicinas”, para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben formar parte de la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicina se debe usar para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que es aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o apoyado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 2 Obtener sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Para que su medicamento recetado esté cubierto por el plan, use una farmacia de la red.

En la mayoría de los casos, cubrimos sus medicamentos recetados *solo* si las obtiene en las farmacias de la red del plan. (Vea la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubrimos medicamentos recetados surtidos en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es aquella que ha suscrito un contrato con el plan para proporcionarle sus medicamentos recetados cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” hace referencia a todo los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos en la Lista de Medicamentos del plan.

Nuestra red incluye farmacias que ofrecen costos compartidos estándar y farmacias que ofrecen costos compartidos preferidos. Puede ir a cualquier tipo de farmacia de la red para obtener sus medicamentos recetados cubiertos. Su costo compartido puede ser menor en farmacias con costo compartido preferido.

Sección 2.2 Cómo buscar farmacias de la red**¿Cómo buscar una farmacia de la red en su área?**

Para buscar una farmacia de la red, utilice el *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio de Internet (www.fhcpmedicare.com), o llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Sin embargo, sus costos pueden ser incluso menores para sus medicamentos cubiertos si utiliza una farmacia de la red que ofrece costo compartido preferido, en lugar de una farmacia de la red que ofrece costo compartido estándar. El *Directorio de farmacias* le indicará cuál de las farmacias de la red ofrece costos compartidos preferidos. Puede obtener más información sobre cómo sus gastos de desembolso podrían ser distintos para diferentes medicamentos si se comunica con nosotros. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita reabastecer un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar a un proveedor que le extienda una receta médica nueva o solicitar que se transfiera su receta médica a su nueva farmacia de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que había estado usando deja de pertenecer a la red?

Si la farmacia que ha estado usando deja de pertenecer a la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia que forme parte de la red. O si la farmacia que ha estado utilizando permanece dentro

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

de la red, pero deja de ofrecer costo compartido preferido. En esos casos, usted podría desear cambiar a una nueva farmacia. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o use el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio de Internet, www.fhcpmedicare.com.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

En ocasiones, los medicamentos recetados deben obtenerse en farmacias especializadas. Las farmacias especializadas incluyen:

- Las farmacias que suministran medicinas para terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de centros de atención a largo plazo (long-term care, LTC). Por lo general, los centros de LTC (como los centros de cuidados médicos no especializados) tienen su propia farmacia. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos garantizar que pueda recibir habitualmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, que generalmente es la farmacia que utiliza el centro de LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Farmacias que brindan servicios al Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Indígena Urbano/Tribal (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los indígenas estadounidenses o los indígenas de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que suministran determinados medicamentos que la FDA limita a determinados lugares o que requieren manejo especial, coordinación del proveedor o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación debería producirse en raras ocasiones).

Para buscar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de Farmacias* o llame a Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 2.3	Cómo usar los servicios de pedido por correo del plan
--------------------	--

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de pedido por correo de la red del plan. En general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son los que toma regularmente para una afección médica crónica o a largo plazo. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como **medicamentos de “pedido por correo”** en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan requiere que usted pida un suministro del medicamento para **un mínimo de 62 días y un máximo de 93 días**.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a la farmacia de pedido por correo de FHCP al 1-386-676-7126 o al 1-800-232-0216 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770). El horario es de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:30 p.m., hora local. Si para su orden por correo usa una farmacia que no está en la red del plan, no se cubrirá su medicamento recetado.

Por lo general, usted recibirá el pedido de la farmacia de pedido por correo en el plazo de 7 días hábiles, a más tardar. De acuerdo con leyes estatales y federales, algunas recetas para medicamentos clasificados como sustancias controladas requieren de una revisión detallada antes de poder ser surtidas. Esta revisión puede tomar de 7 a 10 días, además del tiempo de envío. Enviar una receta a una farmacia de pedido por correo de la red o transferirla a una farmacia local de la red no garantiza que la receta sea surtida; los farmacéuticos surten recetas sujetas al ejercicio de su discreción profesional.

Si experimenta una demora en recibir su pedido y está en riesgo de quedarse sin su medicamento, puede solicitar una anulación para surtir su receta en una farmacia de la red local llamando al número que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación. Una vez que obtiene la aprobación, nuestra farmacia de pedido por correo puede transferir su receta médica a la farmacia de su elección o pedir a su médico que llame para solicitar un suministro a corto plazo directamente a su farmacia.

Si para su orden por correo usa una farmacia que no está en la red del plan, no se cubrirá su medicamento recetado.

Tenga en cuenta que: Puede haber algunas instancias en que una farmacia de pedido por correo de nuestra red no pueda surtir su receta. En esos casos, se le alertará después de que revisión se haya completado.

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

Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se comunicará con usted para ver si desea que el medicamento se surta de inmediato o más adelante. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la presentación) y, si es necesario, le permitirá detener o retrasar el pedido antes de que se le facture y se envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, para informarles qué hacer con la nueva receta y para evitar demoras en el envío.

Renovaciones en recetas de pedido por correo. Para renovaciones, póngase en contacto con su farmacia 21 días antes de que se le acaben sus medicamentos para asegurarse de que su próximo pedido le sea enviado a tiempo.

Para que la farmacia lo pueda contactar para la confirmación antes de enviar el pedido, asegúrese de decirle a la farmacia la mejor manera de contactarlo. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

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

El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo de medicamentos (también denominado “suministro extendido”) de “mantenimiento” incluido en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma de forma regular para tratar una afección médica crónica o de largo plazo). Puede solicitar este suministro a través del servicio de pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Su *Directorio de Farmacias* le indica qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicinas de mantenimiento. Puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
2. Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los **servicios de pedido por correo** de la red del plan. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como **medicamentos de “pedido por correo”** en nuestra Lista de medicamentos.-El servicio de pedido por correo de nuestro plan requiere que usted pida un suministro del medicamento para *un mínimo de 62 días y un máximo de 93 días*. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre cómo usar nuestros servicios de orden por correo.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no forma parte de la red del plan?

Sus medicinas recetadas pueden estar cubiertas en ciertas situaciones

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarle, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de cobertura en las que puede obtener sus medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. Si no puede utilizar una farmacia de la red, a continuación se describen las circunstancias cuando cubriríamos el surtido de medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red:

- Si usted está de viaje dentro de los Estados Unidos y sus territorios, y se enferma, pierde sus medicamentos recetados o se le acaban, cubriremos aquellos que se obtengan en farmacias que no pertenecen a la red. En esta situación, la cobertura corresponderá a un **suministro temporal de medicamento de 31 días**, o menos si su receta médica es por menos días.
- Cubriremos los medicamentos recetados que obtenga en farmacias que no pertenecen a la red si están relacionados con atención para emergencias médicas o atención de urgencia.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- Cubriremos su medicamento recetado en una farmacia fuera de la red si se presenta, al menos, una de las siguientes situaciones:
 - Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de cobertura porque no hay una farmacia de la red a una distancia razonable en automóvil que brinde servicio las 24 horas.
 - Si intenta obtener un medicamento recetado que normalmente no se encuentra disponible en una farmacia minorista de la red que esté accesible ni a través de la farmacia de pedido por correo (incluidos medicamentos únicos y de alto costo).
 - Si debe recibir una vacuna que es medicamento necesaria, pero que no está cubierta por la Parte B de Medicare.

Tenga en cuenta que: si compra un medicamento en una farmacia fuera de la red, y una de las situaciones explicadas anteriormente aplica a usted, es posible que se le reembolse la tarifa estándar de farmacia de la red de nuestro plan, no el precio completo que pagó por el medicamento. Además, la diferencia en la cantidad de reembolso del plan y la cantidad total que pagó por el medicamento será incluido en los costos a su cargo totales.

Cuando ninguna de las situaciones explicadas anteriormente aplican y usted voluntariamente paga el costo de un medicamento, será responsable de pagar el precio en efectivo total del medicamento y el plan no le reembolsará. El monto que usted paga no se aplicará a sus gastos de desembolso totales.

En estas situaciones, **consulte primero a Atención al Cliente** para ver si hay una farmacia de la red cercana a su domicilio. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto). Puede estar obligado a pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo solicita un reembolso del plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general, deberá pagar el costo completo (en lugar de su parte normal del costo) cuando obtiene su medicamento recetado. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (La Sección 2.1 del Capítulo 7 explica cómo solicitar el reintegro del plan).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben formar parte de la “Lista de medicamentos” del plan.

Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos.
--------------------	--

El plan tiene una “*Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*”. En esta *Constancia de Cobertura*, la denominamos “**Lista de Medicamentos**”, para abreviar.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Nuestro plan, con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de esta lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos del plan.

Los medicamentos de la Lista de Medicamentos son solo aquellos que están cubiertos por la Parte D de Medicare (anteriormente en este capítulo, la Sección 1.1 explica acerca de los medicamentos de la Parte D).

Por lo general cubriremos un medicamento incluido en la Lista de Medicamentos del plan siempre que usted siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es el uso de un medicamento que es *ya sea*:

- aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos; (Es decir, que la Administración de Drogas y Alimentos haya aprobado el medicamento para el diagnóstico o afección para el cual se está recetando).
- -- o -- respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y DRUGDEX Information System.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos genéricos y de marca.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, es igual de efectivo que un medicamento de marca y suele costar menos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca.

¿Qué medicamentos *no* están incluidos en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, nosotros decidimos no incluir un medicamento determinado en la Lista de medicamentos.

Sección 3.2	Hay cinco “niveles de costo compartido” para los medicamentos de la Lista de medicamentos
--------------------	--

Todos los medicamentos de la Lista de Medicamentos del plan se encuentran en uno de los *cinco* niveles de costo compartido. Por lo general, cuanto más alto es el nivel de costo compartido, más alto es el costo que tiene que pagar por el medicamento:

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- **El Nivel 1**, nuestro nivel de costo compartido más bajo, incluye medicamentos genéricos preferidos.
- **El Nivel 2**, nuestro próximo nivel, incluye medicamentos genéricos. El costo compartido es mayor que para los medicamentos del Nivel 1.
- **El Nivel 3**, nuestro próximo nivel, incluye medicamentos de marca preferidos. El costo compartido para los medicamentos de este nivel es mayor que para los medicamentos del Nivel 2.
- **El Nivel 4**, nuestro próximo nivel, incluye medicamentos de marca no preferidos. El costo compartido de los medicamentos de este nivel es mayor que para los medicamentos del Nivel 3.
- **El Nivel 5**, nuestro último nivel, incluye medicamentos genéricos y de marca especializados. Los medicamentos especializados son muy costosos. La cantidad de costo compartido es incluso mayor por los medicamentos del Nivel 5.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

La cantidad que usted paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Sección 3.3	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico forma parte de la Lista de medicamentos?
--------------------	--

Tiene tres maneras de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le proporcionamos en forma electrónica.
2. Visite el sitio de Internet del plan (www.fhcpmedicare.com). La Lista de Medicamentos del sitio de Internet siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento en particular forma parte de la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Hay restricciones de cobertura para algunos medicamentos.

Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?
--------------------	--

Para determinados medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos en la forma más efectiva. Estas normas

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

especiales también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, lo que hace que su cobertura de medicamentos sea más accesible.

Por lo general nuestras normas recomiendan obtener un medicamento que sea efectivo para su afección médica y que sea seguro y eficaz. Siempre que un medicamento seguro y de menor costo tenga la misma eficacia médica que un medicamento de mayor costo, las normas del plan están diseñadas para recomendarles a usted y a su proveedor que usen dicha opción de menor costo. También debemos cumplir con las normas y reglamentaciones de Medicare en materia de cobertura de medicamentos y costos compartidos.

Si existe alguna restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor tendrán que seguir pasos adicionales para que podamos cubrirlo. Si desea que exoneremos la restricción para usted, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y pedirnos que hagamos una excepción. Podemos o no aceptar la eliminación de la restricción que solicitó. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para obtener información sobre cómo solicitar las excepciones).

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto se debe a que pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos en función de factores como la concentración, la cantidad o la presentación del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg; uno por día en comparación con dos por día; comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan usa diferentes tipos de restricciones para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos en la forma más efectiva. Las secciones que aparecen a continuación brindan más información sobre los tipos de restricciones que usamos para determinados medicamentos.

Restringimos los medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible.

Por lo general un medicamento “genérico” es igual de efectivo que un medicamento de marca y suele costar menos. **Cuando hay disponible una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica.** Generalmente no cubriremos un medicamento de marca cuando haya disponible una versión genérica. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la razón médica por la cual el medicamento genérico no funcionará para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Es posible que su parte del costo para el medicamento de marca sea mayor que para el medicamento genérico).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos brindarle cobertura para el medicamento. Esto se denomina **“autorización previa”**. En ocasiones, el requisito de obtener la aprobación por adelantado ayuda

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

a orientar respecto del uso adecuado de determinados medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, su medicamento podría no ser cubierto por el plan.

Probar primero otro medicamento

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos, pero igual de eficaces, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede requerirle que pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no es efectivo para usted, el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar primero otro medicamento se denomina “**terapia escalonada**”.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, pusimos un límite en la cantidad del medicamento que puede recibir al limitar la cantidad de medicamento que puede recibir cada vez que va a renovar su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla al día para un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento recetado a un máximo de una pastilla al día.

Sección 4.3	¿Se aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos?
--------------------	---

La Lista de Medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o consulte nuestro sitio de Internet (www.fhcpmedicare.com).

Si existe alguna restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor tendrán que seguir pasos adicionales para que podamos cubrirlo. Si existe alguna restricción para el medicamento que desea tomar, debe comunicarse con Servicios para Miembros para informarse sobre lo que usted o su proveedor tienen que hacer para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que exoneremos la restricción para usted, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y pedirnos que hagamos una excepción. Podemos o no aceptar la eliminación de la restricción que solicitó. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para obtener información sobre cómo solicitar las excepciones).

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría?****Sección 5.1 Hay ciertas cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría.**

Esperamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted. Pero es posible que haya un medicamento recetado que esté tomando actualmente, o uno que usted o su proveedor consideren que debería tomar que no se encuentra en nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos o se encuentra en nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O, quizás, una versión genérica del medicamento está cubierto, pero la versión de marca que desea tomar no lo está.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales en cuanto a la cobertura de ese medicamento. Como se explica en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas adicionales que restringen su uso. Por ejemplo, es posible que usted deba probar primero otro medicamento, para ver si es efectivo, antes de que se cubra el medicamento que desea tomar. O puede haber límites en la cantidad del medicamento (cantidad de pastillas, etc.) que está cubierta durante un período determinado. En algunos casos, es posible que desee que no apliquemos la restricción para usted.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte del costo sea mayor de lo piensa que debería ser. El plan ubica cada medicamento cubierto en uno de los cinco niveles de costo compartido. Lo que usted paga por su medicamento recetado depende, en parte, del nivel de costo compartido en el que se encuentra su medicamento.

Hay ciertas cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- Si el medicamento no forma parte de la Lista de Medicamentos o está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber lo que puede hacer.
- Si el medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea mayor de lo que pensaba, consulte la Sección 5.3 para saber lo que puede hacer.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no forma parte de la Lista de medicamentos o está restringido de algún modo?**

Si su medicamento no forma parte de la Lista de Medicamentos o está restringido, a continuación se incluye lo que puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal (solo los miembros en ciertas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto les dará a usted y a su proveedor el tiempo para cambiar a otro medicamento o para presentar una solicitud para que se cubra el medicamento.
- Puede cambiar a otra medicina.
- Puede solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o elimine las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando este no forma parte de la Lista de medicamentos o tiene algún tipo de restricción. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y para tomar una decisión.

A fin de ser elegible para obtener un suministro temporal, debe cumplir con los dos requisitos que se incluyen a continuación:

1. El cambio en su cobertura de medicamentos debe ser uno de los siguientes tipos de cambios:

- El medicamento que ha estado tomando ya **no forma parte de la Lista de Medicamentos del plan**.
- -- o -- el medicamento que ha estado tomando **tiene algún tipo de restricción en la actualidad** (la Sección 4 de este capítulo brinda información sobre las restricciones).

2. Usted debe estar en una de las situaciones que se describen a continuación:

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que estuvieron en el plan el año pasado:**

Cubriremos un suministro temporal de sus medicamentos **durante los primeros 90 días de su membresía del plan si era nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si se encontraba en el plan el año pasado**. Este suministro temporal será por un máximo de 31 días. Si su receta es escrita por menos días, permitiremos múltiples renovaciones para proporcionar hasta un máximo de 31 días de medicamento. El medicamento recetado debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede brindar el medicamento en cantidades más pequeñas por vez para evitar el desperdicio).

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- **Para miembros que han estado en el plan durante más de 90 días y están internados en un centro de cuidados a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento en particular, o menos, si su receta médica indica menos días. Esto se suma a la situación de suministro temporal anterior.

- **Para aquellos miembros que tienen cambios en los centros de atención:**

Durante el nivel de cambio de atención, los medicamentos que no estén cubiertos por nuestro plan se pueden recetar. Si esto ocurre, usted y su médico deben utilizar el proceso de solicitud de determinación de cobertura del plan.

Para prevenir una interrupción en el servicio cuando le den de alta, puede obtener un suministro ambulatorio completo que le permitirá continuar con la terapia una vez que se agote el suministro limitado. Este suministro para paciente ambulatorio está disponible antes de darlo de alta de una estadía cubierta por la Parte A de Medicare. Cuando es ingresado o dado de alta de un centro de atención a largo plazo (LTC), es posible que no tenga acceso a los medicamentos que se le suministraron anteriormente. Sin embargo, puede obtener un reabastecimiento en el momento del ingreso o del alta.

Para solicitar un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Durante el período en que recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor, a fin de decidir qué debe hacer cuando se agote su suministro temporal. Usted puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción y que cubra su medicamento actual. Las secciones que aparecen a continuación brindan más información sobre estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento.

Comience por hablar con su proveedor. Quizás haya otro medicamento cubierto por el plan que podría ser igual de efectivo para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que pueda ser efectivo para usted. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción con usted y cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría. Si su proveedor dice tener razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, éste puede ayudarlo a solicitar una excepción de la norma. Por ejemplo, usted puede solicitar que el plan cubra un medicamento incluso si éste no

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

forma parte de la Lista de Medicamentos del plan. O bien puede solicitar que el plan haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es un miembro actual y un medicamento que está tomando se eliminará del formulario o se restringirá de algún modo para el próximo año, le permitiremos solicitar por adelantado una excepción del formulario para el próximo año. Le informaremos acerca de cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año siguiente. Puede pedir una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de 72 horas después de que recibamos su solicitud (o la declaración de apoyo de su médico). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes que el cambio tenga efecto.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 brinda información sobre qué debe hacer. Explica los procedimientos y las fechas límite que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje pronta y justamente.

Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto?
--------------------	--

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, a continuación se detalla lo que puede hacer:

Puede cambiar a otro medicamento.

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, empiece por hablar con su proveedor. Quizás, hay otro medicamento en un nivel de costo compartido más bajo que podría ser igual de efectivo para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que pueda ser efectivo para usted. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 brinda información sobre qué debe hacer. Explica los procedimientos y las fechas límite que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje pronta y justamente.

Los medicamentos del Nivel 5 (medicamentos especializados) no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos la cantidad del costo compartido para los medicamentos en este nivel.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?****Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año.**

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

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de Medicamentos.** Hay nuevos medicamentos disponibles, incluidos nuevos medicamentos genéricos. Quizás el gobierno haya dado su aprobación para un nuevo uso de un medicamento existente. A veces, un medicamento es retirado del mercado y decidimos no cubrirlo. O bien podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se ha determinado que no es eficaz.
- **Pasar una medicina a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o eliminar una restricción de cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones de cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar una medicina de marca con una medicina genérica.**

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando?**Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos**

Cuando hay cambios en la Lista de Medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio de Internet sobre estos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de Medicamentos en línea de forma regular para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. Más abajo, destacamos las veces que recibirá una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que esté tomando en ese entonces. Puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Los cambios en su cobertura de medicamentos lo afectan de inmediato?

Cambios que pueden afectarlo este año: En los siguientes casos, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año actual:

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas opciones).**
 - Podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una nueva versión genérica aprobada del mismo medicamento que estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo, y tendrá las mismas restricciones o menos. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones, o ambas opciones.
 - Es posible que no le avisemos antes de realizar dicho cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca.
 - Usted o la persona autorizada para extender recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).
 - Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que hacemos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hicimos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
- **Medicamentos que no son seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - De vez en cuando, un medicamento puede ser retirado del mercado de forma repentina porque se determina que no es seguro o se retira del mercado por otras razones. Si esto sucede, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos de este cambio de inmediato.
 - La persona autorizada para extender recetas también sabrá acerca de este cambio y puede trabajar con usted en la búsqueda de otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos**
 - Podemos hacer otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones para el medicamento de marca, o ambas opciones. También es posible que realicemos cambios en función de los recuadros de advertencia de la FDA o de las nuevas guías clínicas reconocidas por Medicare. Debemos darle al menos 30 días de aviso de anticipación del cambio o darle aviso del cambio y un suministro de 31 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- Después de recibir la notificación del cambio, debe trabajar con la persona autorizada para extender recetas para cambiar a otro medicamento que cubramos.
- O usted o la persona autorizada para extender recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente están tomando el medicamento: Para cambios en la Lista de Medicamentos que no se describieron más arriba, si usted está tomando el medicamento actualmente, los siguientes tipos de cambios no le afectarán hasta el 1 de enero del año próximo si permanece en el plan:

- Si pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Si aplicamos una nueva restricción en su uso del medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de Medicamentos

Si alguno de estos cambios afecta a un medicamento que está tomando (pero no debido a un retiro del mercado, un reemplazo de un medicamento de marca por uno genérico, u otro cambio observado en la sección anterior), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como parte del costo hasta el 1 de enero del año próximo. Hasta esa fecha, es probable que no vea ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional en su uso del medicamento. No recibirá una notificación directa este año sobre cambios que no lo afectan a usted. Sin embargo, el 1.º de enero del año próximo, los cambios le afectarán, y es importante verificar la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

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

Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos
--------------------	--

Esta sección indica qué tipos de medicamentos recetados están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, debe pagarlos usted mismo. No pagaremos por los medicamentos que se encuentran en esta sección. La única excepción: Si se determina, luego de una apelación, que el medicamento solicitado es un medicamento que no está excluido por la Parte D y que deberíamos haberlo pagado o cubierto por su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9 de este folleto).

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

A continuación, se incluyen tres normas generales sobre las medicinas que los planes de medicinas de Medicare no cubrirán en virtud de la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierta por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan normalmente no puede cubrir usos no indicados en la etiqueta del medicamento. El “uso no indicado en la etiqueta” es cualquier uso distinto de los que se indican en la etiqueta de un medicamento, según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos.
 - Por lo general, la cobertura del “uso no indicado en la etiqueta” está permitida solo cuando está respaldada por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información DRUGDEX Information System. Si el uso no está respaldado por alguna de estas referencias, nuestro plan no puede cubrir su “uso no indicado en la etiqueta”.

Además, por ley, estas categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:

- Las medicinas sin receta (también denominadas de venta libre)
- Los medicamentos que se utilizan para estimular la fertilidad
- Los medicamentos que se utilizan para aliviar los síntomas de la tos o el resfriado
- Las medicinas que se utilizan con fines cosméticos o para estimular el crecimiento capilar
- Las vitaminas y los productos minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y los preparados de flúor
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción eréctil o sexual.
- Las medicinas que se utilizan para el tratamiento de la anorexia y la pérdida o el aumento de peso
- Los medicamentos para pacientes ambulatorios cuando, como condición de venta, el fabricante solicite que los exámenes relacionados o los servicios de observación se realicen exclusivamente con él

Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, es posible que el programa Medicaid de su estado cubra algunos medicamentos recetados que no suelen ser cubiertos por ningún plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del , Capítulo 2).

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de miembro del plan cuando obtenga un medicamento recetado.

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de miembro.

Para obtener su medicamento recetado, muestre su tarjeta de miembro del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando muestre su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red, automáticamente, le facturará al plan *nuestra* parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos. Deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando retire su medicamento recetado.

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

Si no tiene con usted su tarjeta de miembro del plan cuando obtiene su medicamento recetado, pida a algún empleado de la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo completo del medicamento recetado cuando la retire.** (Luego, puede **solicitarnos el reembolso** de nuestra parte. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso del plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía que está cubierta por el plan?

Si lo internan en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, por lo general cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que salga del hospital o del centro de cuidados médicos especializados, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre que éstos cumplan con todas nuestras normas de cobertura. Consulte los apartados anteriores de esta sección que brindan información sobre las normas para obtener cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) brinda más información acerca de la cobertura de medicamentos y de lo que paga.

Tenga en cuenta que: Cuando ingresa o vive en un centro de enfermería especializada, o sale de él, usted tiene derecho a un período de inscripción especial. Durante este período, puede pasarse a otros planes o cambiar su cobertura. (El Capítulo 10, *Cómo finalizar su inscripción en el plan*, indica cuándo puede retirarse de nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare).

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Por lo general, un centro de cuidados a largo plazo (LTC) (como un centro de cuidados médicos no especializados) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra los medicamentos a todos sus residentes. Si reside en un centro de cuidados a largo plazo, puede recibir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, siempre que ésta forme parte de nuestra red.

Para averiguar si la farmacia de su establecimiento de cuidados a largo plazo forma parte de nuestra red, consulte el *Directorio de Farmacias*. Si no lo es, o si necesita más información, comuníquese con Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y pasa a ser un nuevo miembro del plan?

Si necesita un medicamento que no forma parte de nuestra Lista de medicamentos o está restringido de algún modo, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros **90 días** de su afiliación. El suministro total será para un máximo de 31 días, o menos, si su receta médica indica menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo [LTC] puede brindar el medicamento en cantidades más pequeñas por vez para evitar el desperdicio). Si ha sido miembro del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no forma parte de nuestra Lista de Medicamentos, o si el plan tiene alguna restricción de cobertura sobre el medicamento, cubriremos un suministro para 31 días, o menos, si su receta médica indica menos días.

Durante el período en que recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor, a fin de decidir qué debe hacer cuando se agote su suministro temporal. Quizás haya otro medicamento cubierto por el plan que podría ser igual de efectivo para usted. O bien usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción con usted y cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 brinda información sobre qué debe hacer.

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

¿Tiene, en la actualidad, otra cobertura de medicamentos recetados a través de su grupo empleador o de jubilados (o el de su cónyuge)? De ser así, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**, quien puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura de medicinas recetadas actual con nuestro plan.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

En general, si actualmente está empleado, la cobertura de medicamentos recetados que le brindemos será *secundaria* a la de su grupo empleador o de jubilados. Eso significa que su cobertura de grupo pagaría en primer lugar.

Nota especial sobre “cobertura acreditable”:

Cada año, su grupo empleador o de jubilados debería enviarle una notificación que indique si su cobertura de medicamentos recetados para el próximo año calendario es “acreditable” y las opciones disponibles de cobertura de medicamentos.

Si la cobertura del plan del grupo es “**acreditable**”, significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.

Conserve estas notificaciones de cobertura acreditable, ya que es posible que las necesite después. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, podría necesitar estos avisos para mostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió una notificación de cobertura acreditable de su grupo empleador o de jubilados, puede obtener una copia del administrador de beneficios del plan de su grupo empleador o de jubilados, o del empleador o sindicato.

Sección 9.4	¿Qué sucede si usted está en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare?
--------------------	--

Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro para enfermos terminales y por nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro para enfermos terminales de Medicare y necesita un medicamento para las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico que no está cubierto por su centro para enfermos terminales porque no está relacionado con su enfermedad terminal y sus afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir notificación del emisor de sus recetas o de su proveedor del centro para enfermos terminales de que el medicamento no está relacionado con su enfermedad antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de cualquier medicamento no relacionado que debería estar cubierto por nuestro plan, puede solicitar a su proveedor del centro para enfermos terminales o a la persona autorizada para extender recetas que se asegure de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedir a una farmacia que surta sus medicamentos recetados.

En el caso de que usted revoque la elección de su centro para enfermos terminales, o sea dado de alta del centro, el plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para prevenir cualquier demora en una farmacia cuando finaliza sus beneficios de hospicio de Medicare, debe traer documentación a la farmacia para verificar la revocación o el alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que hablan de las reglas para obtener cobertura de medicamentos bajo la Parte D. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) brinda más información acerca de la cobertura de medicamentos y de lo que paga.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de medicamentos y manejo de medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a que los miembros usen los medicamentos en forma segura

Llevamos a cabo revisiones del uso de medicamentos entre nuestros miembros, a fin de ayudar a cerciorarnos de que reciban cuidados seguros y apropiados. Estas revisiones son especialmente importantes para miembros a quienes más de un proveedor les receta sus medicamentos.

Realizamos una revisión cada vez que obtiene un medicamento recetado. También revisamos nuestros registros en forma regular. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, como:

- Posibles errores de medicamentos
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica
- Medicamentos que pueden no ser seguros ni adecuados para su edad o sexo
- Determinadas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarlo si se toman al mismo tiempo
- Recetas médicas para medicamentos que tienen ingredientes a los cuales es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.
- Cantidades no seguras de analgésicos opioides.

Si vemos un posible problema en su uso de medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregirlo.

Sección 10.2 Programa de manejo de medicamentos (Drug Management Program, DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de forma segura

Tenemos un programa que puede ayudar a asegurar que nuestros miembros usen de forma segura sus medicamentos opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa frecuentemente. Este programa es denominado un Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si usted usa medicamentos opioides que recibe de varios médicos o de distintas farmacias, o si hace poco ha tenido una sobredosis de opioides, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea adecuado y necesario desde el punto de vista médico. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opioides recetados no es seguro, podemos limitar la forma en que obtiene dichos medicamentos. Las limitaciones pueden ser:

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- Exigirle que obtenga todas sus recetas para medicamentos opioides de determinadas farmacias.
- Exigirle que obtenga todas sus recetas para medicamentos opioides de determinados médicos.
- Limitando la cantidad de medicamentos opioides que cubriremos por usted

Si creemos que una o más de estas limitaciones deberían aplicarse a usted, le enviaremos una carta con anterioridad. La carta tendrá información que explique las limitaciones que creemos que deben aplicarse a usted. También tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y brindarnos cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con la limitación o con nuestra determinación de que usted está en riesgo de abuso del medicamento recetado, usted y la persona autorizada para extender recetas tienen derecho a solicitarnos una apelación. Si decide apelar, revisaremos su caso y le informaremos una decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

Es posible que el DMP no aplique a usted si tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o anemia falciforme, o si está recibiendo atención para enfermos terminales, de cuidados paliativos, o para el final de su vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3	Programa de manejo de farmacoterapia (Medication Therapy Management, MTM) para ayudar a que los miembros manejen sus medicamentos
---------------------	--

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos elaboró el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros saquen el mayor beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa es llamado programa de Administración de Farmacoterapia (MTM, por sus siglas en inglés).

Algunos miembros que toman medicamentos debido a diferentes afecciones médicas y tienen costos de medicamentos muy altos, o están en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de forma segura pueden ser aptos para obtener servicios a través de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de salud le dará una revisión integral de todos sus medicamentos. Puede hablar sobre cómo puede tomar mejor sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción del

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

medicamento que recomienda lo que puede hacer para hacer mejor uso de sus medicamentos con espacio para que tome notas o apunte cualquier pregunta de seguimiento. También recibirá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué los toma. Además, los miembros que participen en el programa de MTM recibirán información sobre el desecho seguro de los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es buena idea tener su revisión de medicamentos antes de su visita anual de “Bienestar”, de manera que pueda hablar con su médico acerca de su plan de acción y de la Lista de Medicamentos. Lleve su plan de acción y la lista de medicamentos a su visita o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También, tenga su lista de medicamentos con usted (por ejemplo, con su tarjeta de identificación) en caso que vaya a un hospital o sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta acerca de estos programas, comuníquese a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

CAPÍTULO 6

*Lo que usted paga por sus
medicamentos recetados de la
Parte D*

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D**Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D**

SECCIÓN 1	Introducción.....	153
Sección 1.1	Use este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos.....	153
Sección 1.2	Tipos de gastos de desembolso que puede tener que pagar por sus medicamentos cubiertos	154
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en que se encuentra cuando obtiene el medicamento.....	154
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de FHCP Medicare Premier Advantage?	154
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en que se encuentra.....	155
Sección 3.1	Le enviaremos un resumen mensual denominado “Explicación de beneficios de la Parte D” (“EOB de la Parte D”).....	155
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre los pagos de sus medicamentos.....	156
SECCIÓN 4	No hay deducible para FHCP Medicare Premier Advantage.	157
Sección 4.1	Usted no paga un deducible por sus medicamentos de la Parte D.	157
SECCIÓN 5	Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde de sus costos de medicamentos y usted paga su parte.....	158
Sección 5.1	Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde lo obtiene.	158
Sección 5.2	Tabla que refleja sus costos para el suministro de un medicamento para <i>un mes</i>	159
Sección 5.3	Si su médico receta un suministro para menos de un mes, usted podría no tener que pagar el costo de un suministro para todo el mes.....	160
Sección 5.4	Tabla que refleja sus costos por un suministro a <i>largo plazo</i> (de hasta 93 días) de un medicamento.....	161
Sección 5.5	Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que su costo total por medicamentos del año alcance los \$4,430.	162

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 6	Durante la etapa de brecha en la cobertura, el plan brinda cierto grado de cobertura de medicamentos.....	163
Sección 6.1	Usted permanece en la etapa de brecha en la cobertura hasta que sus gastos de desembolso alcancen los \$7,050.....	163
Sección 6.2	Cómo calcula Medicare sus gastos de desembolso para medicamentos recetados.....	164
SECCIÓN 7	Durante la etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos.	166
Sección 7.1	Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos, usted permanecerá en esta etapa durante el resto del año.	166
SECCIÓN 8	Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene.....	166
Sección 8.1	Nuestro plan tiene cobertura separada para las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de aplicación de la vacuna.....	166
Sección 8.2	Le recomendamos que nos llame a Servicios para Miembros antes de recibir una vacuna.	168

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

**¿Sabía que hay programas disponibles para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos?**

El programa “Ayuda Adicional” brinda ayuda económica a las personas con recursos limitados para que paguen sus medicamentos. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Está recibiendo, actualmente, ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta *Constancia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D* no se aplica en su caso.** Le hemos enviado por separado una información adicional denominada “Cláusula Adicional de la Constancia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos Recetados” (también llamada “Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos” o “Cláusula LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para Miembros y pida la “Cláusula LIS”. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Use este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos.

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicinas recetadas de la Parte D. Para hacer las cosas más simples, en este capítulo, usamos el término “medicamento” para hacer referencia a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explicó en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D, algunos medicamentos están cubiertos bajo la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos por ley de la cobertura de Medicare.

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, usted debe saber lo básico sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos recetados y qué normas cumplir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. A continuación, se incluyen materiales que explican estos fundamentos:

- **La Lista de medicamentos cubiertos (formulario) del plan.** Para hacer las cosas más simples, la denominamos “Lista de Medicamentos”.
 - Esta Lista de Medicinas indica qué medicinas tiene cubiertas.
 - También indica en cuál de los cinco “niveles de costo compartido” se encuentra el medicamento y si hay restricciones que se apliquen a la cobertura del medicamento.
 - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio de

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Internet en www.fhcpmedicare.com. La Lista de Medicamentos del sitio de Internet siempre es la más actualizada.

- **Capítulo 5 de este folleto.** El Capítulo 5 brinda información detallada sobre su cobertura de medicamentos recetados, incluidas las normas que debe cumplir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5 también se indica qué tipos de medicamentos recetados no son cubiertos por nuestro plan.
- **El Directorio de farmacias del plan.** En la mayoría de las situaciones, debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 5 para obtener información detallada). El *Directorio de Farmacias* tiene una lista de farmacias en la red del plan. También explica qué farmacias en nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de una medicina (por ejemplo, cómo obtener un suministro para tres meses de una medicina recetada).

Sección 1.2	Tipos de gastos de desembolso que puede tener que pagar por sus medicamentos cubiertos
--------------------	---

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, usted debe estar informado sobre los tipos de costos a su cargo que tendrá que pagar por los servicios cubiertos. La cantidad que paga por un medicamento se llama “costo compartido”, y hay tres formas en las que se le puede pedir que pague.

- El “**deducible**” es la cantidad que usted debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- “**Copago**” significa que usted paga una cantidad fija cada vez que obtiene un medicamento recetado.
- “**Coaseguro**” significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que obtiene un medicamento recetado.

SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en que se encuentra cuando obtiene el medicamento.
------------------	--

Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de FHCP Medicare Premier Advantage?
--------------------	---

Como se muestra en la tabla a continuación, hay “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados en FHCP Medicare Premier Advantage. Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa en que se encuentra al momento de surtir una receta o de volver a surtirarla.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Etapa 1 <i>Etapa de deducible anual</i>	Etapa 2 <i>Etapa de cobertura inicial</i>	Etapa 3 <i>Etapa de brecha en la cobertura</i>	Etapa 4 <i>Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos</i>
<p>Ya que no hay deducible para el plan, esta etapa de pago no aplica a usted.</p>	<p>Usted comienza a estar en esta etapa cuando obtiene su primer medicamento recetado del año.</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que su “costo total de medicamentos” del año a la fecha (sus pagos más cualquier pago del plan por la Parte D) sume \$4,430.</p> <p>(Puede encontrar información detallada en la Sección 5 de este capítulo).</p>	<p>Por los medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) y del Nivel 2 (medicamentos genéricos), usted paga los mismos copagos que en la etapa de cobertura inicial, O el 25 % del costo, lo que sea menor. Por los medicamentos genéricos de todos los demás niveles, usted paga el 25 % de los costos.</p> <p>Por los medicamentos de marca, paga el 25 % del precio (más una parte de la tarifa de despacho).</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus “gastos de desembolso” del año a la fecha (sus pagos) alcanzan un total de \$7,050. Esta cantidad y las normas de contabilización de costos de esta cantidad han sido establecidas por Medicare.</p> <p>(Puede encontrar información detallada en la Sección 6 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2022).</p> <p>(Puede encontrar información detallada en la Sección 7 de este capítulo).</p>

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en que se encuentra.

Sección 3.1	Le enviaremos un resumen mensual denominado “Explicación de beneficios de la Parte D” (“EOB de la Parte D”).
--------------------	---

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y los pagos que ha hecho cuando obtiene sus medicamentos recetados o se reabastece de ellos en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuándo ha pasado de una etapa de pago de los medicamentos a la siguiente. En particular, hay dos tipos de costos a los cuales hacemos un seguimiento:

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- Hacemos un seguimiento de lo que usted ha pagado. Esto se denomina su costo “**a su cargo**”.
- Hacemos un seguimiento de su “**costo total por medicinas**”. Este costo es la cantidad que usted u otros pagan en su nombre más la cantidad que paga el plan.

Nuestro plan elaborará un informe escrito denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (en ocasiones, denominada “EOB de la Parte D”) cuando usted haya obtenido uno o más medicamentos recetados a través del plan durante el mes anterior. La EOB de la Parte D proporciona más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos de precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Debe consultar con la persona autorizada para extender recetas acerca de estas opciones de menor costo. La EOB de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información de ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos recetados que obtuvo durante el mes anterior. Muestra el costo total por medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Totales del año, desde el 1.º de enero.** Esto se denomina información “del año a la fecha”. Refleja el costo total por medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y cualquier cambio porcentual con respecto al primer suministro para cada reclamación de medicamentos recetados de la misma cantidad.
- **Alternativas de medicamentos recetados disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con costos compartidos más bajos para cada reclamación de medicamentos recetados que puedan estar disponibles.

Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre los pagos de sus medicamentos.
--------------------	---

Para hacer un seguimiento de sus costos de medicamentos y los pagos hechos por medicamentos, usamos los registros que obtenemos de las farmacias. A continuación se describe cómo puede ayudarnos a mantener información suya correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de miembro cuando obtenga un medicamento recetado.** Para asegurarse de que sepamos qué medicamentos recetados obtiene y lo que usted paga, muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga un medicamento recetado.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted pague por medicamentos recetados cuando no obtengamos, automáticamente, la información que necesitamos para hacer un seguimiento de sus costos a su cargo. Para ayudarnos a hacer un seguimiento de sus gastos de desembolso, puede proporcionarnos copias de los recibos de los medicamentos que compró. (Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitar que nuestro plan pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Capítulo 7 de este folleto). A continuación, se incluyen algunos tipos de situaciones en las que es recomendable enviarnos copias de los recibos de sus medicinas para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado por sus medicinas:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
 - Cuando realiza un copago por las medicinas que se proporcionan a través de un programa de asistencia al paciente de un laboratorio farmacéutico.
 - Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias que no pertenecen a la red o cuando haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros hayan hecho por usted.** Los pagos que efectúen ciertas personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de desembolso y lo ayudan a calificar para la cobertura para eventos médicos catastróficos. Por ejemplo, los pagos que hace un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (AIDS drug assistance program, ADAP), el Servicio de Salud Indígena (Indian Health Service) y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus gastos de desembolso. Debe mantener un registro de estos pagos y enviárnoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
 - **Consulte el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba por correo la *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”), léala para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta información en el informe o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

SECCIÓN 4 No hay deducible para FHCP Medicare Premier Advantage.

Sección 4.1	Usted no paga un deducible por sus medicamentos de la Parte D.
--------------------	---

No hay deducible para FHCP Medicare Premier Advantage. Usted comienza a estar en la Etapa de Cobertura Inicial cuando obtiene su primer medicamento recetado del año. Consulte la Sección 5 para obtener información acerca de su cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 5 Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde de sus costos de medicamentos y usted paga su parte.

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde lo obtiene.

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos, y usted paga su parte (su cantidad de copago o de coaseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar donde obtenga el medicamento recetado.

El plan tiene cinco niveles de costo compartido.

Todas las medicinas de la Lista de medicinas del plan se encuentran en uno de estos cinco niveles de costos compartidos. Por lo general, cuanto más alto es el número del nivel de costo compartido, más alto es el costo que usted debe pagar por el medicamento:

- El Nivel 1, nuestro nivel de costo compartido más bajo, incluye medicamentos genéricos preferidos.
- El Nivel 2, nuestro próximo nivel, incluye medicamentos genéricos. El costo compartido es mayor que para los medicamentos del Nivel 1.
- El Nivel 3, nuestro próximo nivel, incluye medicamentos de marca preferidos. El costo compartido para los medicamentos de este nivel es mayor que para los medicamentos del Nivel 2.
- El Nivel 4, nuestro próximo nivel, incluye medicamentos de marca no preferidos. El costo compartido de los medicamentos de este nivel es mayor que para los medicamentos del Nivel 3.
- El Nivel 5, nuestro último nivel, incluye medicamentos genéricos y de marca especializados. Los medicamentos especializados son muy costosos. El costo compartido por los medicamentos del Nivel 5 es el más alto.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacias

Lo que usted paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento en:

- Una farmacia minorista de la red que ofrece costo compartido estándar.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece costo compartido preferido.
- Una farmacia que no forma parte de la red del plan
- La farmacia de servicio de orden por correo del plan

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y sobre cómo obtener sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 5 de este folleto y el *Directorio de Farmacias del plan*.

En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados *solo* están cubiertos si los obtiene en una de las farmacias de nuestra red. Algunas de las farmacias de nuestra red también ofrecen costo compartido preferido. Puede ir a farmacias de la red que ofrecen costo compartido preferido o a otras farmacias de la red que ofrecen costo compartido estándar para recibir sus medicamentos recetados cubiertos. Sus costos pueden ser menores en farmacias que ofrecen costo compartido preferido.

Sección 5.2	Tabla que refleja sus costos para el suministro de un medicamento para <i>un mes</i>
--------------------	---

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto será un copago o un coaseguro.

- **“Copago”** significa que usted paga una cantidad fija cada vez que obtiene un medicamento recetado.
- **“Coaseguro”** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que obtiene un medicamento recetado.

Como se muestra en la tabla a continuación, la cantidad del copago o de coaseguro depende del nivel de costo compartido donde se encuentra su medicamento. Tenga en cuenta que:

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago que se indica en la tabla, usted pagará el precio más bajo para el medicamento. Usted paga *ya sea* el precio completo del medicamento *o* la cantidad del copago, *lo que sea menor*.
- Cubrimos las medicinas recetadas surtidas en las farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información acerca de cuándo cubriremos un medicamento recetado que se obtiene en una farmacia fuera de la red.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Su parte del costo cuando obtiene un suministro para *un mes* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

	Costo compartido minorista estándar (dentro-de la red) (suministro de hasta 31 días)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (suministro de hasta 31 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura está limitada a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener información detallada). (suministro de hasta 31 días)
Nivel de costo compartido 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$17 de copago	\$0 de copago	\$17 de copago	\$17 de copago
Nivel de costo compartido 2 (Medicamentos genéricos)	\$20 de copago	\$5 de copago	\$20 de copago	\$20 de copago
Nivel de Costo Compartido 3 (Medicamentos de marca preferidos)	\$47 de copago	\$44 de copago	\$47 de copago	\$47 de copago
Nivel de costo compartido 4 (Medicamentos de marca no preferidos)	\$100 de copago	\$95 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago
Nivel de costo compartido 5 (Medicamentos especializados)	33 % de coaseguro	33 % de coaseguro	33 % de coaseguro	33 % de coaseguro

Sección 5.3

Si su médico receta un suministro para menos de un mes, usted podría no tener que pagar el costo de un suministro para todo el mes.

Generalmente, la cantidad que paga por un medicamento recetado cubre el suministro para todo un mes de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetar un suministro de medicamentos para menos de un mes. Habrá veces cuando quiera preguntarle a su médico acerca

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

de recetar un suministro para menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando esté probando un medicamento por primera vez que es conocido por provocar serios efectos secundarios). Si su médico receta un suministro para menos de un mes, usted no tendrá que pagar por el suministro total del mes para ciertos medicamentos.

El monto que paga cuando recibe suministro para menos de un mes dependerá de si es responsable para pagar su coaseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto de la suma total).

- Si es responsable del coaseguro, usted paga un porcentaje del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independientemente de si la receta es para todo un mes o para algunos días. Sin embargo, debido a que el costo total del medicamento es menor si recibe un suministro para menos de un mes, la cantidad que paga será menor.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, su copago estará basado en la cantidad de días del medicamento que recibe. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (la “tarifa diaria de costo compartido”) y lo multiplicaremos por el número de días del medicamento que recibe.
 - A continuación, un ejemplo: Digamos que el copago de su medicamento para un suministro de todo un mes (un suministro de 31 días) es \$31. Esto significa que la cantidad que paga por día por su medicamento es de \$1. If you receive a 7 days’ supply of the drug, your payment will be \$1 per day multiplied by 7 days, for a total payment of \$7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funciona bien para usted antes de que tenga que pagar por el suministro de un mes entero. También puede solicitarle al médico que recete, y que su farmacia suministre, un suministro de un medicamento o medicamentos para menos de un mes completo, si esto lo ayudará a planear mejor las fechas de renovación de los diferentes medicamentos recetados para que pueda hacer menos viajes a la farmacia. La cantidad que pague dependerá del suministro de días que reciba.

Sección 5.4	Tabla que refleja sus costos por un suministro a <i>largo plazo</i> (de hasta 93 días) de un medicamento
--------------------	---

Para algunas medicinas, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) cuando obtiene su medicina recetada. Un suministro a largo plazo es un suministro máximo de 93 días. (Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5).

La tabla a continuación muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro a largo plazo (hasta 93 días) de un medicamento.

- Tenga en cuenta que: Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago que se indica en la tabla, usted pagará el precio más bajo por el medicamento. Usted paga *ya sea* el precio completo del medicamento *o* la cantidad del copago, *lo que sea menor*.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Su parte del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

	Costo compartido minorista estándar (dentro-de la red) (suministro de hasta 93 días)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (suministro de hasta 93 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de hasta 93 días)
Nivel de costo compartido 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$51	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel de costo compartido 2 (Medicamentos genéricos)	\$60 de Copago	\$15 de copago	\$12 de copago
Nivel de Costo Compartido 3 (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$47	\$132 de copago	\$129 de copago
Nivel de costo compartido 4 (Medicamentos de marca no preferidos)	\$300 de Copago	Copago de \$285	\$282 de copago
Nivel de costo compartido 5 (Medicamentos especializados)	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos del Nivel 5.

Sección 5.5 Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que su costo total por medicamentos del año alcance los \$4,430.

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que el monto total por los medicamentos recetados que usted haya obtenido y de los cuales se haya reabastecido alcance el límite de **\$4,430 para la etapa de cobertura inicial.**

Su costo total por medicamentos se basa en la suma de lo que usted ha pagado y lo que el plan de la Parte D ha pagado:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha obtenido desde que comenzó a comprar su primer medicamento del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula los costos a su cargo). Esto incluye:

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- El total que pagó como su parte del costo de sus medicinas durante la Etapa de Cobertura Inicial.
- **Lo que el plan ha pagado** como su parte del costo de sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial. (Si estuvo inscrito en un plan diferente de la Parte D en cualquier momento durante el año 2022, la cantidad que el plan pagó durante la etapa de cobertura inicial también cuenta en sus costos totales por medicamentos).

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos lo ayudará a hacer un seguimiento de cuánto han gastado en su nombre usted y el plan, así como cualquier tercero, durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$4,430 en un año.

Le informaremos si alcanza esta cantidad de \$4,430. Si alcanza esta cantidad, usted dejará de permanecer en la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa de Brecha en la Cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la etapa de brecha en la cobertura, el plan brinda cierto grado de cobertura de medicamentos.

Sección 6.1 Usted permanece en la etapa de brecha en la cobertura hasta que sus gastos de desembolso alcancen los \$7,050.

Cuando está en la Etapa de Brecha en la Cobertura, el Programa de Descuentos para la Brecha en la Cobertura de Medicare proporciona descuentos de fabricantes en medicamentos de marca. Usted paga el 25 % del precio negociado y una parte de la tarifa de despacho para medicamentos de marca. Tanto el monto que paga como el monto descontado por el fabricante cuentan hacia sus costos a su cargo como si los hubiera pagado y lo mueven en la brecha de cobertura.

Durante la etapa de brecha en la cobertura, usted paga el mismo copago para los medicamentos genéricos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) y del Nivel 2 (medicamentos genéricos) que en la etapa de cobertura inicial, o el 25 % del costo, lo que sea menor, por medicamentos genéricos, y el plan paga el resto. Para los medicamentos genéricos, la cantidad que paga el plan (75 %) no cuenta como parte de sus gastos de desembolso. Solo la cantidad que usted paga cuenta y contribuye a que usted pase la brecha en la cobertura.

Usted continúa pagando el precio con descuento por los medicamentos de marca y no más del 25 % del costo de los medicamentos genéricos hasta que sus pagos de gastos de desembolso anuales hayan alcanzado el monto máximo establecido por Medicare. En 2022, esa cantidad es \$7,050.

Medicare tiene normas sobre lo que se tiene en cuenta y lo que *no* se tiene en cuenta para sus costos a su cargo. Cuando alcanza el límite de gastos de desembolso de \$7,050, usted deja la etapa de brecha en la cobertura y pasa a la etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Sección 6.2	Cómo calcula Medicare sus gastos de desembolso para medicamentos recetados
--------------------	---

A continuación se incluyen las normas de Medicare que debemos cumplir cuando hacemos un seguimiento de los costos a su cargo para sus medicamentos.

Estos pagos se incluyen en los costos a su cargo

Cuando suma los costos a su cargo, **puede incluir** los pagos que aparecen a continuación (siempre que correspondan a los medicamentos cubiertos de la Parte D y usted cumpla con las normas de cobertura de medicamentos, que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

- La cantidad que usted paga por medicamentos cuando se encuentra en una de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - Etapa de cobertura inicial
 - Etapa de brecha en la cobertura
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan diferente de medicamentos recetados de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Quién paga es importante:

- Si usted mismo hace estos **pagos**, se incluyen en los costos a su cargo.
- Estos pagos *también se incluyen* si son realizados en su nombre por **otras personas u organizaciones determinadas**. Esto incluye los pagos de sus medicamentos hechos por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por programas de asistencia con medicamentos para el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o por el Servicio de Salud Indígena. Los pagos hechos al programa “Ayuda Adicional” de Medicare también están incluidos.
- Se incluyen algunos de los pagos hechos por el programa de descuentos para la brecha en la cobertura de Medicare. Se incluye la cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Pero la cantidad que paga el plan por sus medicamentos genéricos no está incluida.

Cómo pasar a la etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos:

Cuando usted (o quien paga en su nombre) ha gastado un total de \$7,050 en gastos de desembolso durante el año calendario, pasará de la etapa de brecha en la cobertura a la etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Los pagos no están incluidos en los costos a su cargo

Cuando suma los costos a su cargo, no se le **permite incluir** ninguno de estos tipos de pagos por medicamentos recetados:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan de cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no sean de la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Pagos que realice por medicamentos recetados que, generalmente, no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Pagos hechos por el plan para sus medicamentos genéricos si está en la Brecha en la Cobertura.
- Pagos de sus medicinas realizados por planes de salud de grupo, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguros y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Asuntos de Veteranos.
- Pagos de sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de medicamentos recetados (por ejemplo, la indemnización por accidentes de trabajo).

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga parte o la totalidad de sus costos a su cargo por medicamentos, usted debe informarle a nuestro plan al respecto. Llame a Servicios para Miembros para comunicarnos esta situación (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Cómo puede hacer un seguimiento del total de sus costos de desembolso?

- **Lo ayudaremos.** El resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de sus gastos de desembolso (la Sección 3 de este capítulo brinda información sobre este informe). Cuando alcance un total de \$7,050 en gastos de desembolso para el año, este informe le indicará que ha dejado la etapa de brecha en la cobertura y ha pasado a la etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 le indica lo que puede hacer para ayudar a garantizar que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 7 Durante la etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos.

Sección 7.1	Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos, usted permanecerá en esta etapa durante el resto del año.
--------------------	--

Usted reúne los requisitos para la etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos cuando sus gastos de desembolso hayan alcanzado el límite de \$7,050 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos, usted permanecerá en esta etapa de pago durante el resto del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el que sea *mayor*:
 - *-ya sea* - un coseguro del 5 % del costo del medicamento;
 - *-o* - \$3.95 para un medicamento genérico o un medicamento que es tratado como genérico, y \$9.85 para todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto del costo.**

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene.

Sección 8.1	Nuestro plan tiene cobertura separada para las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de aplicación de la vacuna.
--------------------	---

Nuestro plan le brinda cobertura de una serie de vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Puede obtener información acerca de la cobertura para estas vacunas al consultar la Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D consta de dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la medicación en vacunas en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de su **aplicación de la vacuna**. (En ocasiones, esto se denomina “administración” de la vacuna).

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

¿Qué paga por una vacuna de la Parte D?

Lo que usted paga por una vacuna de la Parte D depende de tres cosas:

- 1. El tipo de vacuna** (contra qué se vacuna).
 - Algunas vacunas son consideradas beneficios médicos. Puede obtener información acerca de la cobertura de estas vacunas consultando el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*.
 - Otras vacunas son consideradas medicinas de la Parte D. Usted puede encontrar estas vacunas en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan.
- 2. El lugar donde obtiene el medicamento que compone la vacuna.**
- 3. La persona que le aplica la vacuna.**

Lo que usted paga en el momento en que recibe la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- En ocasiones, cuando se le aplique su vacuna, usted deberá pagar el costo total del medicamento que compone la vacuna y su aplicación. Puede solicitar que nuestro plan le reembolse nuestra parte del costo.
- En otras ocasiones, cuando reciba el medicamento que compone la vacuna o su aplicación, usted pagará solo su parte del costo.

Para saber cómo funciona esto, a continuación se incluyen tres formas comunes en que podría recibir una vacuna de la Parte D.-Recuerde que es su responsabilidad pagar todos los costos asociados con las vacunas (incluida su aplicación) durante la Etapa de Brecha en la Cobertura de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se la aplica en la farmacia de la red. (La disponibilidad de esta opción depende de dónde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias apliquen vacunas).

- Deberá pagar a la farmacia la cantidad de su coaseguro *O* copago por la vacuna y el costo de su aplicación.
- Nuestro plan pagará los costos restantes.

Situación 2: Usted recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, usted pagará el costo total de la vacuna y su aplicación.
- Luego, puede solicitar que nuestro plan le pague su parte del costo usando los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este folleto (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos*).

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- Se le reembolsará la cantidad que pagó menos su coseguro o copago habitual por la vacuna (incluida su aplicación) menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobra el médico y lo que normalmente pagamos nosotros. (Si obtiene “Ayuda adicional” le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia y luego la lleva al consultorio de su médico para la aplicación.

- Deberá pagar a la farmacia la cantidad de su coseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le aplique la vacuna, usted pagará el costo total de este servicio. Luego, puede solicitar que nuestro plan pague nuestra parte del costo usando los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este folleto.
- Se le reembolsará la cantidad que cobró el médico por aplicarle la vacuna, menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si obtiene “Ayuda adicional” le reembolsaremos esta diferencia).

Sección 8.2	Le recomendamos que nos llame a Servicios para Miembros antes de recibir una vacuna.
--------------------	---

Las normas de cobertura de vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarlo. Le recomendamos que primero nos llame a Servicios para Miembros cuando esté pensando en recibir una vacuna. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

- Podemos informarle acerca de cómo nuestro plan cubrirá su vacuna y explicarle su parte del costo.
- Podemos informarle acerca de cómo mantener bajo su propio costo usando proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede usar un proveedor y una farmacia de la red, podemos informarle lo que debe hacer para obtener el pago de nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

*Cómo solicitarnos que paguemos
nuestra parte de una factura que
usted ha recibido por servicios
médicos o medicamentos cubiertos*

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1	Situaciones en las cuales debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos	171
Sección 1.1	Si usted paga la parte de los costos compartidos de un servicio o medicamento cubierto que nos corresponde a nosotros, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago.	171
SECCIÓN 2	Cómo solicitar que le reintegremos un pago o que paguemos una factura que ha recibido	174
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago	174
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos.	174
Sección 3.1	Verificamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto adeudamos.	174
Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos por toda o parte de la atención médica o el medicamento, usted puede presentar una apelación.	175
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las cuales debe guardar los recibos y enviarnos copias	175
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de los recibos para ayudarnos a hacer un seguimiento de sus gastos de desembolso por medicamentos.....	175

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos**SECCIÓN 1 Situaciones en las cuales debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos****Sección 1.1 Si usted paga la parte de los costos compartidos de un servicio o medicamento cubierto que nos corresponde a nosotros, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago.**

En ocasiones, cuando obtiene atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo completo de inmediato. En otras ocasiones, puede descubrir que ha pagado más de lo que esperaba en virtud de las normas de cobertura del plan. En cualquiera de los casos, puede solicitar que nuestro plan le reintegre el pago (el reintegro del pago, por lo general, se denomina “reembolso”). Tiene derecho a que nuestro plan le reintegre el pago siempre que usted haya pagado más que su parte del costo por los servicios médicos o los medicamentos que están cubiertos por nuestro plan.

También puede haber ocasiones en que usted reciba una factura de un proveedor por el costo completo de la atención médica que ha recibido. En muchos casos, debería enviarnos esta factura en lugar de pagarla. Analizaremos la factura y decidiremos si los servicios deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, pagaremos al proveedor directamente.

A continuación, encontrará ejemplos de situaciones en las que posiblemente necesite solicitar que nuestro plan le reintegre un pago o que pague una factura que usted haya recibido:

1. Cuando haya recibido atención médica de emergencia o de urgencia por parte de un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de emergencia por parte de cualquier proveedor, independientemente de que el proveedor forme o no parte de nuestra red. Cuando recibe servicios de emergencia o de urgencia de un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted solo es responsable del pago de su parte del costo, no del costo total. Debería pedirle al proveedor que le facture al plan nuestra parte del costo.

- Si usted mismo paga la cantidad total en el momento en que recibe la atención, debe solicitarnos que le reintegremos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que, en ocasiones, reciba una factura del proveedor mediante la cual se le solicite un pago que usted cree que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
 - Si se adeuda algún pago al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si ya ha pagado más que su parte del costo por el servicio, determinaremos la cantidad que usted adeudaba y le reintegraremos el pago correspondiente a nuestra parte del costo.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Los proveedores de la red siempre deberían facturarle al plan directamente y deberían solicitarle su parte del costo únicamente. Sin embargo, algunas veces cometen errores y le solicitan que pague más que su parte.

- Solo tiene que pagar las cantidades de costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales aparte, lo que se denomina “facturación de saldo”. Esta protección (de que usted nunca pagará más de la cantidad de costo compartido que le corresponde) se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la “facturación de saldo”, consulte la Sección 1.3. del Capítulo 4.
- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red por un monto que usted considera mayor del que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y solicítenos que le reintegremos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que adeudaba en virtud del plan.

3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactivo significa que el primer día de su inscripción ya pasó. La fecha de inscripción puede incluso haber ocurrido el año anterior).

Si se afilió retroactivamente en nuestro plan y ya pagó como costo a su cargo cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reintegremos nuestra parte de los costos. Nos deberá presentar la documentación para que manejemos el reembolso.

Llame a Servicios para Miembros para obtener información adicional acerca de cómo pedirnos que le reintegremos un pago y las fechas límite para hacer su solicitud. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para obtener un medicamento recetado

Si se dirige a una farmacia fuera de la red y trata de usar su tarjeta de miembro para obtener un medicamento recetado, es posible que la farmacia no nos pueda presentar directamente la reclamación. En ese caso, usted deberá pagar el costo completo de su medicamento recetado. (Cubrimos los medicamentos recetados obtenidos en las farmacias fuera de la red solo en unas pocas situaciones especiales. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información).

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reintegremos el pago de nuestra parte del costo.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no tiene con usted su tarjeta de miembro del plan

Si no tiene con usted su tarjeta de miembro del plan, puede solicitar que la farmacia llame al plan o que consulte su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener de inmediato la información sobre la inscripción que necesita, es posible que usted mismo deba pagar el costo completo del medicamento recetado.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reintegremos el pago de nuestra parte del costo.

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

Es posible que usted pague el costo completo del medicamento recetado porque ha descubierto que el medicamento, por alguna razón, no está cubierto.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no forme parte de la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan; o podría tener un requisito o una restricción que no conocía o que no consideraba que debería aplicar a usted. Si decide obtener inmediatamente el medicamento, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reintegremos. En algunas situaciones, es posible que debamos obtener más información de su médico para que le reintegremos el pago de nuestra parte del costo.

7. Cuando paga el costo total por una vacuna cubierta en su beneficio de la Parte D

- Si va al consultorio de su médico para recibir una vacuna cubierta por su beneficio de farmacia, es posible que deba pagar el costo total de la vacuna, así como el cargo que le cobre su médico para aplicarle la vacuna. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.
- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reintegremos. En algunas situaciones, es posible que debamos obtener más información de su médico para que le reintegremos el pago de nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) incluye información sobre cómo presentar una apelación.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 2 Cómo solicitar que le reintegremos un pago o que paguemos una factura que ha recibido

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya hecho. Es una buena idea hacer una copia de su factura y de sus recibos como constancia.

Envíenos por correo su solicitud de pago, junto con cualquier factura o recibo pagado, a esta dirección:

FHCP Medicare
Atención: Claims Department
P.O. Box 10348
Daytona Beach, FL 32120-0348

Debe enviarnos su reclamación en los 12 meses posteriores a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si no sabe lo que debe haber pagado o si recibe facturas y no sabe qué debe hacer con respecto a ellas, podemos ayudarlo. También puede llamarnos si desea que le brindemos más información sobre una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos.

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto adeudamos.

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted cumplió con todas las normas sobre cómo obtener la atención o el medicamento pagaremos nuestra parte del costo. Si ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las reglas que debe cumplir para la cobertura de sus servicios médicos. El Capítulo 5 explica

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

las reglas que debe cumplir para la cobertura de sus medicamentos recetados de la Parte D).

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. En su lugar, le enviaremos una carta que explicará las razones por las cuales no enviamos el pago que ha solicitado y sus derechos de apelar esa decisión.

Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos por toda o parte de la atención médica o el medicamento, usted puede presentar una apelación.
--------------------	--

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago, o no está de acuerdo con la cantidad que estamos pagando, puede presentar una apelación. La presentación de una apelación significa que usted nos está solicitando que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener información detallada sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límite importantes. Si nunca presentó una apelación, le resultará útil comenzar leyendo la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso de las decisiones de cobertura y apelaciones, y brinda definiciones de términos, como “apelación”. Luego, después de haber leído la Sección 4, puede consultar la sección del Capítulo 9 que le explica qué debe hacer en su situación:

- Si desea presentar una apelación para obtener el reintegro del pago de un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación para obtener el reintegro del pago de un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las cuales debe guardar los recibos y enviarnos copias

Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de los recibos para ayudarnos a hacer un seguimiento de sus gastos de desembolso por medicamentos.
--------------------	---

En algunas situaciones, debería informarnos los pagos que ha hecho por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando un pago. En lugar de ello, nos está informando sus pagos para que podamos calcular correctamente sus costos de desembolso. Esto puede ayudar a que reúna más rápido los requisitos para la Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos.

Capítulo 7. **Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos**

A continuación, se incluyen dos situaciones en las que debe enviarnos copias de los recibos para informarnos los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

1. Cuando compra el medicamento a un precio que es menor que nuestro precio

A veces, cuando se encuentre en la Etapa de Brecha en la Cobertura, puede comprar su medicamento **en una farmacia de la red** por un precio más bajo que el nuestro.

- Por ejemplo, una farmacia podría ofrecer un precio especial para el medicamento. O bien, puede tener una tarjeta de descuento que no forme parte de nuestro beneficio que ofrece un menor precio.
- A menos que se cumplan condiciones especiales, debe usar una farmacia de la red en estas situaciones y su medicamento debe formar parte de nuestra Lista de medicamentos.
- Guarde el recibo y envíenos una copia de modo que podamos contar sus gastos de desembolso a fin de que usted reúna los requisitos para la etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos.
- Tenga en cuenta que: Si se encuentra en la Etapa de Brecha en la Cobertura, es posible que no paguemos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero si nos envía una copia del recibo, esto nos permitirá calcular correctamente los costos a su cargo y puede ayudar a que usted reúna los requisitos más rápido para la Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos.

2. Cuando obtiene una medicina a través de un programa de asistencia al paciente ofrecido por un laboratorio farmacéutico

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente ofrecido por un laboratorio farmacéutico, que no forma parte de los beneficios del plan. Si obtiene algún medicamento a través de un programa ofrecido por un laboratorio farmacéutico, es posible que pague un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde el recibo y envíenos una copia de modo que podamos contar sus gastos de desembolso a fin de que usted reúna los requisitos para la etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos.
- Tenga en cuenta que: Dado que está obteniendo su medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de este medicamento. Pero si nos envía una copia del recibo, esto nos permitirá calcular correctamente los costos a su cargo y puede ayudar a que usted reúna los requisitos más rápido para la Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos.

Dado que en los dos casos descritos anteriormente no está solicitando un pago, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan.....	179
Sección 1.1	Debemos brindarle información en un formato que usted entienda (en idiomas diferentes al inglés, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.).....	179
Sección 1.1	Debemos proporcionar información de una manera que le convenga (en idiomas que no sean inglés, en braille, en letra grande, en formatos alternativos, etc.).....	179
Sección 1.2	Debemos garantizar que obtenga acceso de forma oportuna a sus servicios y medicamentos cubiertos.....	180
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal.	180
Sección 1.4	Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos.....	187
Sección 1.5	Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención.	189
Sección 1.6	Tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado.....	192
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si considera que lo están tratando de manera injusta o que no se están respetando sus derechos?	192
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos	193
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	193
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	193

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan.

Sección 1.1	Debemos brindarle información en un formato que usted entienda (en idiomas diferentes al inglés, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.).
--------------------	--

Para recibir información de nosotros de una manera comprensible para usted, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan tiene personal y servicios de intérpretes gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros con discapacidades y que no hablan inglés. También podemos brindarle información en braille, letra grande o en otro formato alternativo sin costo, si así lo necesita. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para recibir información de nosotros de una manera comprensible para usted, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja ante Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles. Se incluye información de contacto en esta Constancia de Cobertura o con esta correspondencia, o puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener información adicional.

Sección 1.1	Debemos proporcionar información de una manera que le convenga (en idiomas que no sean inglés, en braille, en letra grande, en formatos alternativos, etc.).
--------------------	---

Para que le brindemos información en un formato que usted entienda, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la última página de este folleto).

Nuestro plan tiene personal y servicios de intérpretes gratuitos disponibles para responder todas las preguntas de los miembros que no hablan inglés o que tienen alguna discapacidad. También, si lo necesita, podemos proporcionarle información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo alguno. Nosotros debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para que le brindemos información en un formato que usted entienda, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la última página de este folleto).

Si tiene problemas para recibir la información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja con Servicio para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este folleto). También puede presentar una queja

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights). La información de contacto se incluye en esta Constancia de cobertura o con este envío, o puede comunicarse con Servicios para Miembros para recibir información adicional.

Sección 1.2 Debemos garantizar que obtenga acceso de forma oportuna a sus servicios y medicamentos cubiertos.

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a elegir un médico de atención primaria (PCP) de la red del plan, para que proporcione y coordine sus cuidados médicos que están cubiertos (el Capítulo 3 explica este tema más en detalle). Llame a Servicios para Miembros para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto). También tiene derecho a ir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una derivación.

Como miembro del plan, tiene derecho a obtener citas y cuidados médicos cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un periodo razonable*. Esto incluye el derecho de obtener servicios brindados por especialistas, de manera oportuna, cuando usted necesita esa atención. También tiene derecho a surtir una receta o de volver a surtirla en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin grandes demoras.

Si considera que no está obteniendo sus medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, el Capítulo 10, Sección 9 de este folleto brinda información sobre lo que puede hacer. (Si le hemos denegado cobertura por sus medicamentos recetados y no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 9, Sección 4 le brinda información sobre lo que puede hacer).

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

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

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que nos brindó cuando se afilió a este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y con el control de cómo se usa su información de salud. Le proporcionamos una notificación escrita denominada “Notificación de Práctica de Privacidad”, que brinda información sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada revise ni altere sus registros.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- En la mayoría de las situaciones, si brindamos su información de salud a cualquier persona que no le esté brindando atención o pagando por esta, *debemos obtener, en primer lugar, un permiso escrito de usted*. El permiso escrito puede ser proporcionado por usted o por alguien a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones en su nombre.
- Hay ciertas excepciones en las cuales no debemos obtener, en primer lugar, su permiso escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
 - Por ejemplo, debemos divulgar información de salud a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es un miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos brindarle a Medicare su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, dicha divulgación se hará conforme las leyes y reglamentaciones federales.

Puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otras personas.

Tiene derecho a ver sus registros médicos en poder del plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle por las copias. También tiene derecho a solicitarnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer los cambios.

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.
REVÍSELO CON CUIDADO.**

Este Aviso entra en vigencia el 6 de abril de 2021.

Entendemos la importancia de, y estamos comprometidos a, mantener la privacidad de su información de salud protegida (protected health information, PHI). La PHI es información financiera personal no pública que puede usarse de manera razonable para identificarlo a usted y que mantenemos en el curso normal ya sea al administrar el plan de salud de grupo automiembro de su empleador o al proveerle con cobertura de atención médica asegurada y otros servicios. La

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

PHI también incluye su información de identificación personal que podríamos recopilar de usted en relación con el proceso de aplicación e inscripción para la cobertura de seguro de salud.

Estamos obligados de acuerdo a leyes federales y estatales aplicables a mantener la privacidad de su PHI. También estamos obligados a proporcionarle esta Notificación que describe nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos relacionados con su PHI. Estamos obligados a seguir las prácticas de privacidad que se describen en esta Notificación mientras estén vigentes.

Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de esta Notificación en cualquier momento y a hacer que los términos de nuestra Notificación actualizada estén vigentes para toda su PHI que mantenemos actualmente o que podríamos mantener en el futuro. Si realizamos un cambio significativo a nuestras prácticas de privacidad, publicaremos una Notificación actualizada en nuestro sitio de Internet antes de la fecha de inicio, y proporcionaremos la Notificación actualizada o la información acerca del cambio y de cómo obtener la Notificación revisada, a los individuos cubiertos en nuestro siguiente correo anual.

Cómo protegemos su PHI:

- Nuestros empleados reciben capacitación sobre nuestras políticas y nuestros procedimientos de privacidad y protección de datos.
- Implementamos medidas de seguridad administrativas, físicas y técnicas para mantener la privacidad y la seguridad de su PHI.
- Tenemos políticas y procedimientos establecidos que restringen el uso de nuestros empleados de su PHI a aquellos que están autorizados a acceder a esta información para propósitos de tratamiento o pago o para realizar ciertas operaciones de atención médica; y
- Nuestra división corporativa de Ética Comercial, Integridad y Cumplimiento supervisa cómo seguimos nuestras políticas y nuestros procedimientos de privacidad.

Cómo debemos divulgar su PHI:

- **A usted:** Revelaremos su PHI a usted o a alguien que tenga el derecho legal de actuar en su nombre (su representante personal) para administrar sus 'Derechos Individuales' bajo esta Notificación.
- **Al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS):** Divulgaremos su PHI al HHS, en caso de ser necesario, para garantizar que sus derechos de privacidad estén protegidos.
- **Según lo exija la ley:** Divulgaremos su PHI cuando sea requerido por ley.

Cómo podemos usar y divulgar su PHI sin su autorización escrita:

Podemos usar y revelar su PHI sin su autorización escrita de varias maneras en relación con su tratamiento, el pago para su atención médica y para nuestras operaciones de atención médica. Al usar o revelar su PHI, o al solicitar su PHI de otra entidad, haremos esfuerzos razonables para limitar su uso, revelar o solicitarla, en la medida de lo posible, al mínimo necesario para lograr los propósitos deseados de dicho uso, revelación o solicitud. Los siguientes son solo algunos ejemplos de los tipos de uso y revelación que hacemos de su PHI sin su autorización escrita.

- **Para tratamiento:** Podemos usar y revelar su PHI en la medida que sea necesario para ayudar a su tratamiento o a la coordinación de su cuidado. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a médicos, dentistas, hospitales u otros proveedores de atención médica para que le proporcionen tratamiento.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- **Para el pago:** Podemos usar y divulgar su PHI para administrar su política o contrato de beneficios médicos. Por ejemplo, podemos usar y divulgar su PHI para pagar reclamaciones por servicios que le proporcionen médicos, dentistas u hospitales. Podemos divulgar su PHI a un proveedor de atención médica o a otro plan de salud para que el proveedor o el plan puedan obtener el pago de una reclamación o realizar otras actividades de pago.
- **A familiares, amigos y otras personas para tratamiento o pago:** Nuestra divulgación de su PHI para propósitos de tratamiento y pago descritos anteriormente pueden incluir divulgaciones a otros que estén involucrados en su atención o en la administración de su política o contrato de beneficios de salud. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a sus familiares, amigos o cuidadores si usted nos indica que lo hagamos o si ejercemos un criterio profesional y determinamos que ellos están involucrados en su atención o en la administración de su póliza de beneficios de salud. Podemos enviar una explicación de los beneficios al titular de la póliza, que puede incluir reclamaciones pagadas y otra información. Podemos determinar que las personas están involucradas en su atención o en la administración de su póliza de beneficios de salud si usted acepta o no objeta la divulgación de su PHI a dichas personas cuando se le da la oportunidad. En una emergencia o en situaciones en las que usted esté incapacitado o no esté presente, podemos divulgar su PHI a sus familiares, amigos, cuidadores o a otras personas, cuando las circunstancias indiquen que dicha divulgación está autorizada y es lo mejor para usted. En estas situaciones solo divulgaremos su PHI relevante al involucramiento de dicha persona en su cuidado o administración de su política de beneficios de salud.
- **Para operaciones de atención médica:** Podríamos usar y divulgar su PHI para apoyar otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su PHI para llevar a cabo actividades de evaluación y mejora de la calidad, realizar investigaciones de fraude y abuso, encargarnos de la coordinación de la atención o la administración de casos, o comunicarnos con usted sobre beneficios, productos o servicios relacionados con la salud o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés. También podemos divulgar su PHI a otra entidad sujeta a las leyes federales de privacidad, siempre y cuando la entidad tenga o haya tenido una relación con usted y la PHI se divulgue solo para ciertas operaciones de atención médica de ese proveedor o plan o de esta otra entidad. Podemos usar y divulgar su PHI según sea necesario para llevar a cabo o coordinar servicios legales, auditorías u otras funciones. También podemos usar y divulgar su PHI para realizar actividades de evaluación; sin embargo, tenemos prohibido usar o divulgar su información genética para fines de evaluación.
- **A socios comerciales para tratamiento, pago u operaciones de atención médica:** Nuestro uso de su PHI para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, tal como se describió anteriormente (o para otros usos u otras divulgaciones que se describen en este Aviso) puede involucrar la divulgación de su PHI a ciertos otros individuos o a otras entidades con las que hemos firmado contratos para realizar o proporcionar ciertos servicios en nuestro nombre (socios comerciales). Podemos permitir que nuestros socios comerciales creen, reciban, mantengan o transmitan su PHI en nuestro nombre para que el socio comercial nos preste servicios, o para la gestión y administración adecuada del socio comercial o para cumplir con las responsabilidades legales del socio comercial. Estos socios comerciales incluyen abogados, contadores, consultores, centros de intercambio de información de reclamaciones y otros terceros. Nuestros socios comerciales pueden volver a divulgar su PHI a subcontratistas para que estos subcontratistas presten servicios a los socios comerciales.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Estos subcontratistas estarán sujetos a las mismas restricciones y condiciones que se aplican a los socios comerciales. Siempre que dicho acuerdo con un socio comercial implique el uso o la divulgación de su PHI, tendremos un contrato por escrito con nuestro socio comercial que contiene términos diseñados para proteger la privacidad de su PHI.

- **Para la salud y seguridad pública:** Podemos usar o divulgar su PHI en la medida que sea necesario para evitar una amenaza seria e inminente a la salud o la seguridad de usted u otros. También podemos divulgar su PHI para actividades de supervisión de salud pública y atención médica del gobierno, y para informar sospechas de abuso, abandono o violencia doméstica a las autoridades gubernamentales.
- **Según lo permita la ley:** Podemos usar o divulgar su PHI cuando se nos permita hacerlo por ley.
- **Para procesos y procedimientos legales:** Podemos revelar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, pedido de presentación de pruebas u otro proceso legal.
- **Actividad delictiva o cumplimiento de la ley:** Podemos divulgar su PHI a un oficial de cumplimiento de la ley con respecto a víctimas de crímenes y actividades criminales. Podemos divulgar su PHI si creemos que el uso o la divulgación son necesarios para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud y la seguridad de una persona o del público. También podemos divulgar su PHI si es necesario para que las autoridades policiales identifiquen o arresten a una persona.
- **Funciones gubernamentales especiales:** Cuando apliquen las condiciones apropiadas, podríamos usar o divulgar la PHI de los individuos que son personal de las Fuerzas Armadas (i) para actividades consideradas necesarias por las autoridades de comando militares apropiadas, (ii) para el propósito de determinación de parte del Departamento de Asuntos de Veteranos de su elegibilidad a beneficios o, (iii) a autoridades militares extranjeras si es miembro de dicho servicio militar extranjero. También podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados para llevar a cabo actividades de seguridad nacional e inteligencia, incluida la prestación de servicios de protección al presidente u otras personas legalmente autorizadas para recibir dicha protección gubernamental.
- **Presos:** Podemos usar o divulgar su PHI si usted está interno en una institución correccional y su médico ha creado o recibido su PHI en el transcurso de proporcionarle atención a usted.
- **A los patrocinadores del plan, si corresponde (incluidos empleadores que actúan como patrocinadores del plan):** Podemos divulgar información de inscripción y de cancelación de inscripción al patrocinador del plan de su plan de salud grupal. También podemos divulgar cierta PHI al patrocinador del plan para realizar funciones de administración del plan. Podemos divulgar un resumen de la información de salud al patrocinador del plan para que este pueda obtener ofertas de primas o decidir si enmienda, modifica o cancela su plan de salud grupal. Consulte los documentos de su plan, si corresponde, para obtener una explicación completa de los usos y las divulgaciones limitados que el patrocinador del plan puede hacer de su PHI al proporcionar funciones de administración del plan para su plan de salud grupal.
- **A médicos forenses, directores de funerarias y para donación de órganos:** Podemos divulgar su PHI a un forense o examinador médico para propósitos de identificación, determinar la causa de la muerte o para que el forense o examinador médico pueda realizar otras tareas autorizadas por la ley. También podemos divulgar PHI al director de una funeraria, según lo autorice la ley, para permitir que el director de la funeraria lleve a cabo

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

sus tareas. Podemos divulgar dicha información con anticipación a la muerte. La PHI puede usarse y divulgarse con fines de donación de órganos, ojos o tejidos de cadáveres.

- **Investigación:** Podemos divulgar su PHI a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional que haya revisado los propósitos de la investigación y haya establecido protocolos para asegurar la privacidad de su PHI, o cuando de otra manera lo permita la ley federal.
- **Recaudación de fondos:** Podemos usar su PHI para comunicarnos con usted para recaudar fondos para nuestro beneficio. Tiene derecho a optar por no recibir dichas comunicaciones.
- **Grupos de datos limitados e información sin identificación:** Podemos usar o divulgar su PHI para crear un grupo de datos limitados o información sin identificación, y usar y divulgar dicha información como sea permitido por la ley.
- **Para la indemnización por accidentes de trabajo:** Podemos divulgar su PHI según sea permitido por las leyes de compensación de los trabajadores y otras similares.

Usos y divulgaciones de la PHI permitidos únicamente después de haber recibido autorización:

Obtendremos su autorización por escrito, como se describe a continuación, para: (i) usos y divulgaciones de su PHI para propósitos de marketing, incluidas las comunicaciones de tratamiento subsidiado (excepto para ciertas actividades que de otra manera sean permitidas por la ley de privacidad federal, como comunicaciones personales o regalos promocionales de valor nominal); (ii) divulgación de su PHI que constituye una venta de PHI bajo leyes de privacidad federales y que requieren de su autorización; y (iii) otros usos y divulgaciones de su PHI no descritos en esta Notificación.

También hay otras leyes federales y estatales que pueden restringir más la divulgación que hagamos de cierta PHI (en la medida que mantengamos dicha información) que es considerada altamente confidencial.

Es nuestra intención cumplir con los requisitos de estas leyes de privacidad más exigentes y solo divulgaremos este tipo de PHI especialmente protegida con su autorización previa y por escrito excepto cuando nuestra divulgación de esta información sea permitida o requerida por ley.

Autorización: Puede darnos su autorización escrita para usar su PHI o divulgarla a cualquier persona para cualquier propósito que no esté permitido ni requerido por ley. Si nos da su autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará cualquier uso o divulgación permitido por su autorización mientras esté vigente. En caso que se encuentre incapacitado o no esté disponible de otra manera para responder nuestra solicitud de autorización (por ejemplo, si está o se vuelve incompetente legalmente), podríamos aceptar una autorización de una persona que legalmente esté autorizada a dar dicha autorización en su nombre.

Derechos individuales:

Para ejercer cualquiera de estos derechos, llame a atención al cliente al número que figura en su tarjeta de identificación.

- **Acceso:** Con limitadas excepciones, usted tiene derecho a inspeccionar y obtener copias de su PHI. Es posible que cobremos un cargo razonable según lo permita la ley. Le proporcionaremos una copia de su PHI en la forma y el formato solicitados, si se puede producir fácilmente en dicha forma o en ese formato o, de lo contrario, en una copia impresa legible o en el formato que usted y nosotros acordemos. Cuando su PHI esté

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

contenida en uno o más conjuntos de registros designados electrónicamente, usted tiene derecho a obtener una copia de dicha información en la forma y el formato electrónicos solicitados, si se puede producir fácilmente en dicha forma y en ese formato; de lo contrario, en una forma y en un formato electrónicos legibles que acordemos con usted.

- **Enmienda:** Con limitadas excepciones, usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos su PHI.
- **Detalle de las divulgaciones:** Tiene derecho a solicitar y recibir una lista de ciertas divulgaciones realizadas de su PHI. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, es posible que cobremos un cargo razonable según lo permita la ley para responder a cualquier solicitud adicional.
- **Restricción de uso o divulgación:** Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos nuestro uso o divulgación de su PHI para ciertos propósitos. Estamos obligados a aceptar una solicitud de restricción de divulgación de su PHI a un plan de salud si nos presenta la solicitud y: (i) la divulgación es para propósitos de llevar a cabo operaciones de pagos o de atención médica y no es de otra manera requerida por ley; y (ii) la PHI pertenece solo a un artículo o servicio de atención médica por el que usted, u otra persona en su nombre que no sea el plan de salud, ha pagado los costos a su cargo totales a la entidad cubierta. No tenemos la obligación de aceptar todas las demás solicitudes de restricción y, en ciertos casos, podemos denegar su solicitud. Aceptaremos restringir el uso o la divulgación de su PHI siempre que la ley lo permita y determinemos que la restricción no afecta nuestra capacidad de administrar sus beneficios. Incluso cuando aceptamos una solicitud de restricción, podemos divulgar su PHI en una emergencia médica y usar o divulgar su PHI para fines de salud y seguridad pública y otros fines similares de beneficio público si lo exige o lo permite la ley.
- **Comunicación confidencial:** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en privado acerca de su PHI en una dirección alternativa. Cuando llame al número de servicio al cliente que figura en su tarjeta de identificación para solicitar comunicaciones confidenciales en una dirección alternativa, solicite “dirección de PHI”.

Nota: Si elige que se le envíen las comunicaciones confidenciales a una dirección de PHI, solo responderemos a solicitudes de usted. Si recibe servicios de proveedores de atención médica, usted es responsable de notificar a aquellos proveedores directamente si le gustaría tener una dirección de PHI con ellos.

- **Aviso de privacidad:** Tiene derecho a solicitar y recibir una copia de esta Notificación en cualquier momento. Para obtener más información o si tiene preguntas acerca de este Aviso, comuníquese con nosotros utilizando la información que figura al final de este Aviso.
- **Infracción:** Usted tiene derecho a recibir, y nosotros estamos obligados a proporcionar, una notificación escrita de una brecha donde su PHI no asegurada ha sido accedida, usada, adquirida o divulgada a una persona no autorizada como resultado de dicha brecha, y que compromete la seguridad o privacidad de su PHI. A menos que usted especifique por escrito que desea recibir la notificación por correo electrónico, proporcionaremos dicha notificación por escrito por correo certificado o, si es necesario, por otras formas de comunicación permitidas por la ley.
- **Copia impresa:** Tiene derecho a recibir una copia en papel de esta Notificación, previa solicitud, incluso si antes ha acordado recibir la Notificación electrónicamente.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Quejas

Si le preocupa que hayamos infringido sus derechos de privacidad, puede presentarnos una queja utilizando la información de contacto que figura al final de este Aviso. También puede presentar una queja escrita al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Le proporcionaremos la dirección del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., si la solicita.

Apoyamos su derecho de proteger la privacidad de su PHI. No tomaremos represalia alguna si decide presentarnos una queja o presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Contacto: Business Ethics, Integrity & Compliance

Florida Blue
PO Box 44283
Jacksonville, FL 32203-4283
1-888-574-2583

Si usted desea una copia de esta notificación en español, por favor comuníquese con un representante de servicio al cliente utilizando el número de teléfono indicado en su tarjeta de asegurado.

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

Como miembro de FHCP Medicare Premier Advantage, tiene derecho a que le brindemos varios tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le brindemos información en un formato que entienda. Esto incluye recibir la información en un idioma que no sea inglés y en letra grande o en formatos alternativos).

Si desea obtener alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan.** Por ejemplo, esto incluye información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones presentadas por los miembros y las calificaciones de estrellas del plan, que incluyen cómo ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red, incluidas nuestras farmacias de la red.**
 - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener información de nosotros sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el Directorio de Proveedores.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Para obtener una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el Directorio de Farmacias.
- Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores y nuestras farmacias, puede llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visitar nuestro sitio de Internet en www.fhcpmedicare.com.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe cumplir cuando usa su cobertura.**
 - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, explicamos qué servicios médicos tiene cubiertos, cualquier restricción en su cobertura y qué normas debe cumplir para recibir sus cuidados médicos cubiertos.
 - Para obtener información detallada sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este folleto, además de la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario) del plan*. Estos capítulos, junto con la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*, le indican qué medicamentos están cubiertos y explican las normas que debe cumplir y las restricciones en su cobertura para determinados medicamentos.
 - Si tiene preguntas sobre las normas o las restricciones, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
 - Si no tiene cubierto un servicio médico o un medicamento de la Parte D, o si su cobertura está restringida de algún modo, puede solicitarnos una explicación por escrito. Tiene derecho a esta explicación incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o de una farmacia fuera de la red.
 - Si no está conforme o está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D está cubierto para usted, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos la decisión. Puede solicitarnos que cambiemos la decisión presentando una apelación. Para obtener información detallada sobre qué debe hacer si algo no está cubierto de la manera que usted considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este folleto. Brinda información detallada sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también brinda información sobre cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes).
 - Si desea solicitar que nuestro plan pague nuestra parte de una factura que usted ha recibido por atención médica o por un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.5	Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención.
--------------------	---

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

Tiene derecho a obtener información completa de parte de sus médicos y de otros proveedores de atención médica cuando recibe atención médica. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted comprenda*.

También tiene derecho a participar por completo en las decisiones acerca del cuidado de su salud. A fin de ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de cuál es el mejor tratamiento para usted, a continuación se enumeran algunos de sus derechos:

- **Conocer todas sus opciones de tratamiento.** Esto significa que tiene derecho a recibir información sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su condición, independientemente de su costo o de si están cubiertas por nuestro plan. También incluye recibir información sobre programas que ofrece nuestro plan, a fin de ayudar a que los miembros administren sus medicamentos y usen los medicamentos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que le informen sobre todos los riesgos que implica su atención. Se le debe informar con anticipación si cualquier tratamiento o atención médica propuestos forman parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento que se recomiende. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no se retire. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted asume total responsabilidad por lo que le suceda a su cuerpo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura de la atención.** Tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le ha negado la atención que usted considera que debe recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este folleto le informa cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.

Tiene derecho a brindar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas usted mismo.

En ocasiones, debido a accidentes o a una enfermedad grave, las personas no pueden tomar por sí solas decisiones sobre su atención médica. Tiene derecho a decir qué quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede:

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Complete un formulario escrito **para dar a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez no puede tomar decisiones por usted mismo.
- **Entregue instrucciones por escrito a su médico** sobre la forma en que desea que manejen su atención médica si por alguna circunstancia usted no puede tomar las decisiones por su cuenta.

Los documentos legales que puede utilizar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones reciben el nombre de “**directivas anticipadas.**” Existen distintos tipos de instrucciones para el tratamiento médico deseado en el futuro (advance directives) y diferentes nombres para ellas. Documentos llamados “**herencia en vida**” y “**poder para la atención médica**” son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea usar una “directiva anticipada para el tratamiento médico” para dar instrucciones, a continuación se describe lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Si desea contar con un mandato para el tratamiento médico deseado en el futuro, puede obtener un formulario a través de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de artículos de oficina. En ocasiones, las organizaciones que brindan información sobre Medicare pueden suministrarle estos formularios. También puede contactar a Servicios para Miembros para solicitar los formularios (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- **Complételo y firmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, recuerde que es un documento legal. Debería considerar la posibilidad de que un abogado le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas que correspondan.** Debería entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que usted designa en el formulario para que tome decisiones en su nombre en caso de que usted no pueda hacerlo. Es probable que también quiera entregarles copias a amigos cercanos o a familiares. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.

Si sabe de antemano que será hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve consigo una copia cuando vaya al hospital.**

- Si lo hospitalizan, le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucciones para el tratamiento médico deseado en el futuro y si lo ha traído.
- Si no ha firmado un formulario, el hospital tiene a disposición formularios, y se le preguntará si quiere firmar uno.

Recuerde, tiene la capacidad de elegir si quiere completar un mandato para el tratamiento médico (que incluye si quiere firmar uno si está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo porque haya firmado o dejado de firmar una directiva anticipada para el tratamiento médico.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

¿Qué sucede si no se cumplen sus instrucciones?

Si ha firmado un formulario de instrucciones para el tratamiento médico deseado en el futuro y cree que un médico o hospital no ha cumplido con las instrucciones allí contenidas, puede presentar una queja ante la Agencia para la Administración de la Atención Médica de Florida, Division of Health Quality Assurance, 2727 Mahan Drive, Tallahassee, FL 32308.

Como miembro de nuestro plan:

FHCP Medicare Premier Advantage está comprometido a tratarlo de tal manera que se respete su derecho de participar plenamente en su atención médica. Una de las maneras en las que hacemos esto es proporcionando información que lo ayude a tomar decisiones informadas, permitiéndole que saque el mayor provecho de sus beneficios médicos.

FHCP Medicare Premier Advantage brinda información detallada sobre los siguientes temas en el sitio de Internet www.fhcpmedicare.com:

- Información sobre apelaciones y quejas formales.
- Información sobre salud del comportamiento.
- Dónde obtener información sobre su plan de beneficios, incluido cómo obtener atención fuera del área de cobertura del plan.
- El proceso de gestión de casos, la elegibilidad y cómo ser remitido al programa.
- Programas de manejo de enfermedades, elegibilidad y cómo ser remitido al programa.
- Cómo acceder a la atención de emergencia y la atención de urgencia.
- Los derechos y responsabilidades de los miembros y cómo obtener ayuda con el lenguaje.
- Nueva tecnología.
- La importancia de contar con un médico de atención primaria.
- Cómo FHCP Medicare Premier Advantage protege su privacidad.
- Descripciones de nuestros programas de mejoramiento de calidad, iniciativas y progreso hacia los objetivos; y
- Cómo manejamos y protegemos su experiencia de atención médica, incluido cualquier requisito de gestión de utilización y cómo comunicarse con el personal de gestión de utilización.

Para acceder a esta información, visite www.fhcpmedicare.com, y haga clic en “Get Answers” (Obtener respuestas).

Si tiene preguntas sobre cualquiera de estos temas o si desea solicitar materiales, comuníquese con nuestro número de Servicios para Miembros al 1-833-866-6559 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770).

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

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

Si tiene algún problema o alguna inquietud sobre su atención o sus servicios cubiertos, el Capítulo 9 de este folleto indica lo que puede hacer. Brinda información detallada sobre cómo manejar todos los tipos de problemas y quejas. Lo que necesita hacer para hacer un seguimiento de un problema o una inquietud depende de la situación. Es posible que deba solicitar que nuestro plan tome una decisión de cobertura por usted, presentarnos una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja) **debemos tratarlo justamente.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y las quejas que otros miembros han presentado anteriormente en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si considera que lo están tratando de manera injusta o que no se están respetando sus derechos?**Cuando se trate de un caso de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles.**

Si considera que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos por motivos de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad o país de origen, 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 llame a su oficina local de Derechos Civiles.

Cuando se trate de otro tema

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

- Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa de Asistencia para Seguro Médico Estatal**. Para obtener información detallada sobre esta organización y sobre cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- 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. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

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 para Miembros** (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener información detallada sobre esta organización y sobre cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio de Internet de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación se describe lo que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Estamos aquí para ayudarle.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las reglas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.** Use este folleto de *Constancia de Cobertura* para saber qué tiene cubierto y las normas que debe cumplir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 brindan información detallada sobre sus servicios médicos, que incluye lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas que deben cumplirse y lo que usted paga.
 - Los Capítulos 5 y 6 brindan información detallada acerca de su cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene cualquier otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos recetados, además de nuestro plan, debe informarnos al respecto.** Llame a Servicios para Miembros para comunicarnos esta situación (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).
 - Debemos cumplir con las normas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted esté usando toda su cobertura en forma conjunta cuando obtiene sus

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

cuidados médicos que están cubiertos a través de nuestro plan. Esto se denomina “**coordinación de beneficios**” porque implica coordinar los beneficios de salud y de medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y de medicamentos que tenga a su disposición. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información acerca de la coordinación de beneficios, consulte la Sección 10 del Capítulo 1).

- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está afiliado a nuestro plan.** Muestre su tarjeta de miembro del plan siempre que obtenga su atención médica o sus medicinas recetadas de la Parte D.
- **Ayude a que sus médicos y otros proveedores puedan ayudarlo brindándoles información, haciendo preguntas y siguiendo adelante con su atención.**
 - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de servicios de salud le brinden la mejor atención, obtenga la mayor cantidad de información posible sobre sus problemas de salud y bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan acerca de todos los medicamentos que está tomando, incluidos medicamentos sin recetas, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de hacerla. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deberían explicar las cosas de manera que usted pueda entenderlas. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta que le dieron, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de una manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Para reunir los requisitos para inscribirse en nuestro plan, debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan deben pagar una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo miembros.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o el medicamento. Esto será un copago (una cantidad fija) o un coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 indica lo que debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 indica lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
 - Si obtiene algún servicio médico o algún medicamento que no está cubierto por nuestro plan ni por otro seguro que pueda tener, usted debe pagar el costo completo.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar la cobertura por un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información acerca de cómo presentar una apelación.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
- Si se requiere que pague una cantidad adicional de la Parte D debido a su ingreso anual, usted puede pagar el monto adicional directamente al gobierno para permanecer como miembro del plan.
- **Déjenos saber si se muda.** Si prevé mudarse, es importante que nos informe de inmediato al respecto. Llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
 - **Si se muda *fuera* del área de cobertura de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.** (El Capítulo 1 brinda información sobre nuestra área de cobertura). Podemos ayudarle a averiguar si se mudará fuera de nuestra área de cobertura. Si sale de nuestra área de cobertura, tendrá un período de inscripción especial en el que podrá inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos informarle si tenemos algún plan en su nueva área.
 - **Si se muda *dentro* de nuestra área de cobertura, de todos modos debemos conocer esta información** para que podamos mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo comunicarnos con usted.
 - Si se muda, también es importante comunicárselo al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto para estas organizaciones en el Capítulo 2.)
- **Llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono y los horarios de Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de este folleto.
 - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección de correo postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

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

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

SECCIÓN 1	Introducción.....	200
Sección 1.1	Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud.....	200
Sección 1.2	¿Qué sucede con los términos legales?	200
SECCIÓN 2	Usted puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros.	201
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	201
SECCIÓN 3	Para manejar su problema, ¿qué proceso debe usar?	202
Sección 3.1	¿Debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe usar el proceso de presentación de quejas?	202
DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES		203
SECCIÓN 4	Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	203
Sección 4.1	Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: visión general	203
Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación.....	204
Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo le brinda información detallada para su situación?.....	205
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	206
Sección 5.1	Esta sección le indica lo que debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reintegremos el pago de nuestra parte del costo de su atención.	206
Sección 5.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar que nuestro plan autorice o brinde la cobertura de atención médica que usted desea).....	208
Sección 5.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura de atención médica que tomó nuestro plan).....	211
Sección 5.4	Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de nivel 2.....	215
Sección 5.5	¿Qué sucede si nos solicita que le paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por atención médica?	217

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

SECCIÓN 6	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	219
Sección 6.1	Esta sección le indica lo que debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o desea que le reintegremos el pago de un medicamento de la Parte D.....	219
Sección 6.2	¿Qué es una excepción?	221
Sección 6.3	Cosas importantes que debe saber acerca de cómo solicitar excepciones ..	223
Sección 6.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....	224
Sección 6.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura que nuestro plan tomó)	227
Sección 6.6	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2.....	230
SECCIÓN 7	Cómo solicitar que cubramos una hospitalización más prolongada si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto	233
Sección 7.1	Durante su hospitalización, usted recibirá una notificación escrita de Medicare, que le brindará información sobre sus derechos.	233
Sección 7.2	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria	235
Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria	238
Sección 7.4	¿Qué sucede si no respeta la fecha límite para presentar su apelación de nivel 1?	239
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto	242
Sección 8.1	<i>Esta sección se refiere solo a tres servicios: Atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF)</i>	<i>242</i>
Sección 8.2	Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura.	243
Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un tiempo más prolongado	244
Sección 8.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un tiempo más prolongado	246
Sección 8.5	¿Qué sucede si no respeta la fecha límite para presentar su apelación de nivel 1?	247
SECCIÓN 9	Llevar su apelación al nivel 3 y a niveles superiores.....	250
Sección 9.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos	250

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

Sección 9.2	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D.....	252
PRESENTACIÓN DE QUEJAS	254	
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otras inquietudes.....	254
Sección 10.1	¿Qué tipos de problemas se manejan en el proceso de quejas?.....	254
Sección 10.2	La manera formal de decir “presentar una queja” es “presentar un reclamo”.	256
Sección 10.3	Paso a paso: Presentación de quejas.....	256
Sección 10.4	También puede presentar quejas acerca de la calidad de la atención a la organización para el mejoramiento de la calidad.	258
Sección 10.5	También puede comunicar su queja a Medicare.	259

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud**

Este capítulo explica dos tipos de procesos para manejar problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, debe usar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso de presentación de quejas**.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar un manejo justo y adecuado de sus problemas, cada proceso cuenta con un conjunto de normas, procedimientos y fechas límite que nosotros y usted debemos cumplir.

¿Cuál debe usar? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía en la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso adecuado que deberá usar.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite explicados en este capítulo contienen términos legales técnicos. Muchos de estos términos resultan poco familiares para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de comprender.

Para hacer las cosas más simples, este capítulo explica los procedimientos y las normas legales usando palabras más simples, en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo, por lo general, habla de “presentar una queja” en lugar de “iniciar un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgos” y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”. También usa la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces muy importante, para usted conocer los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Conocer los términos que debe usar lo ayudará a comunicarse de manera más clara y precisa cuando maneja su problema, y a obtener la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarlo a conocer los términos que debe usar, incluimos términos legales cuando le brindamos información detallada sobre cómo manejar tipos específicos de situaciones.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de organizaciones
gubernamentales que no están relacionadas con
nosotros.****Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada**

En ocasiones, puede resultar confuso comenzar el proceso para manejar un problema o seguir adelante con dicho proceso. Esto puede ser particularmente cierto si no se siente bien o tiene poca energía. En otras ocasiones, es posible que no tenga los conocimientos necesarios para dar el paso siguiente.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Estamos siempre a su disposición para ayudarlo. Pero, en algunas situaciones, le recomendamos obtener ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Puede comunicarse siempre con su **Programa de Asistencia para Seguro Médico Estatal (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Este programa gubernamental ha capacitado asesores en todos los estados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debería usar para manejar un problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, brindarle más información y ofrecer orientación sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfonos en el Capítulo 2, Sección 3 de este folleto.

También puede obtener ayuda e información de Medicare.

Para obtener más información y ayuda para manejar un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- 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.
- Puede visitar el sitio de Internet de Medicare (www.medicare.gov).

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

SECCIÓN 3 Para manejar su problema, ¿qué proceso debe usar?

Sección 3.1	¿Debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe usar el proceso de presentación de quejas?
--------------------	---

Si tiene un problema o inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La guía que aparece a continuación lo ayudará.

Para saber qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o inquietud específica,
COMIENCE AQUÍ

¿Su problema o inquietud se relaciona con sus beneficios o con su cobertura?

(Esto incluye problemas respecto de si cierta atención médica o medicamentos recetados en particular están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados).

Sí. Mi problema es acerca de los beneficios o de la cobertura.

Vaya a la próxima sección de este capítulo, la **Sección 4: "Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones"**.

No. Mi problema no es acerca de los beneficios o de la cobertura.

Continúe a la **Sección 10** al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otras inquietudes"**.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES****SECCIÓN 4 Guía sobre los fundamentos de las decisiones de
cobertura y las apelaciones****Sección 4.1 Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de
apelaciones: visión general**

El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones maneja problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que se usa para asuntos como si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

Solicitud de decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos en relación con sus beneficios y su cobertura o con la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cada vez que recibe atención médica de él o si su médico de la red lo deriva a un especialista médico. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a proporcionar la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que usted lo reciba, puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura por usted. En circunstancias limitadas, se desestimará la solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de situaciones en que se desestimará la solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos una notificación en la que se explicará por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos lo que usted tiene cubierto y la cantidad que pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto por Medicare o que lo ha dejado de cubrir. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, usted puede presentar una apelación.

Presentación de una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho con esta decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

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

Cuando apela una decisión por primera vez, a esto se le conoce como una Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar si hemos cumplido con todas las normas como corresponde. Su apelación es manejada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión desfavorable original. Le damos nuestra decisión al completar la revisión. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, se desestimará la solicitud de apelación, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de situaciones en que se desestimará la solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos la solicitud de apelación, le enviaremos una notificación en la que le explicaremos por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos la totalidad o parte de su Apelación de Nivel 1, podrá recurrir a una Apelación de Nivel 2. Una organización de revisión independiente, que no está relacionada con nosotros, lleva a cabo la apelación de nivel 2. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2. En otras situaciones, usted deberá solicitar una apelación de nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión tomada en la Apelación de Nivel 2, usted puede recurrir a varios otros niveles de apelación.

Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación
--------------------	--

¿Desea ayuda? A continuación se incluyen recursos que se recomienda que use si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este folleto).
- Puede **obtener ayuda gratuita** del Programa de asistencia para seguro médico estatal (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede hacer el pedido por usted.**
 - En el caso de atención médica o medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si su apelación es denegada en el nivel 1, automáticamente será enviada al nivel 2. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico u otro proveedor deben ser designados como su representante.
 - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otra persona autorizada para extender recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 o de Nivel 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico u otra persona autorizada para extender recetas debe ser designado como su representante.

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

- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su “representante”, a fin de solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Es posible que haya alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante, conforme a la ley estatal.
 - Si desea que un amigo, un pariente, su médico u otra persona autorizada, u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario "Nombramiento 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 o en nuestro sitio de Internet en www.fhcpmedicare.com). El formulario le da autorización a esa persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe en su nombre.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo le brinda información detallada para su situación?
--------------------	---

Existen cuatro tipos distintos de situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene normas y fechas límite diferentes, le brindamos información detallada de cada una de ellas en una sección por separado:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- La **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitar que cubramos una hospitalización más prolongada si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto” (*Se aplica a estos servicios únicamente: atención médica en el hogar, atención en centros de cuidados médicos especializados y servicios de un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios [CORF]*).

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

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información por parte de organizaciones gubernamentales, tales como su SHIP. (La Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto contiene los números de teléfono de este programa).

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Guía sobre “los fundamentos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? De no ser así, le recomendamos que la lea antes de comenzar con esta sección.

Sección 5.1	Esta sección le indica lo que debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reintegremos el pago de nuestra parte del costo de su atención.
--------------------	--

Esta sección trata sus beneficios para atención y cuidados médicos. Estos beneficios están descritos en el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*. Para hacer las cosas más simples, por lo general, hacemos referencia a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir, cada vez que aparece, “atención o tratamiento o servicios médicos”. El término “atención médica” incluye artículos y servicios médicos así como medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes reglas para una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos las diferencias entre las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B y las reglas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. No está recibiendo determinada atención médica que usted desea y cree que esta atención está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no autorizará la atención médica que su médico u otro proveedor médico quieren que reciba, y usted cree que esta atención está cubierta por el plan.
3. Ha recibido atención médica que usted cree que debería estar cubierta por el plan, pero nos hemos negado a pagar por esta atención.
4. Ha recibido atención médica que usted cree que debería estar cubierta por el plan y ha pagado por ella, y desea solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de esta atención.

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

5. Se le ha informado que se reducirá o se interrumpirá la cobertura de determinada atención médica previamente aprobada que ha estado recibiendo y usted considera que la reducción o la interrupción de esta atención podrían afectar su salud.

NOTA: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención en el hospital, atención médica en el hogar, atención en un centro de cuidados médicos especializados o servicios en una Instalación Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF), debe leer una sección separada de este capítulo porque se aplican normas especiales a estos tipos de atención. A continuación, se indica qué secciones debe leer en esas situaciones:

- Capítulo 9, Sección 7: *Cómo solicitar que cubramos una hospitalización más prolongada si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
- Capítulo 9, Sección 8: *Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto.* Esta sección se refiere solo a tres servicios: atención médica en el hogar, atención en centros de enfermería especializada y servicios de un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios.

Para *todas las demás* situaciones que implican que se le informe la interrupción de la atención médica que ha estado recibiendo, use esta sección (Sección 5) como guía para saber qué debe hacer.

¿En cuál de estas situaciones está usted?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Para saber si cubriremos la atención médica que usted desea.	Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Continúe a la siguiente sección de este capítulo, Sección 5.2.
Si le hemos informado que no cubriremos o pagaremos un servicio médico como usted desea que se cubra o pague.	Puede presentar una apelación . (Esto significa que desea que reconsideremos esta decisión). Pase a la Sección 5.3 de este capítulo.
Si quiere solicitar que le reintegremos un pago por atención médica que usted ya recibió y pagó.	Puede enviarnos la factura. Pase a la Sección 5.5 de este capítulo.

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

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura
(cómo solicitar que nuestro plan autorice o brinde la cobertura de atención médica que usted desea)

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina “**determinación de la organización**”.

Paso 1: Puede solicitar que nuestro plan tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que usted está solicitando. Si su salud requiere una respuesta inmediata, debe solicitar que tomemos una “**decisión de cobertura rápida**”.

Términos legales

Una “decisión de cobertura rápida” en ocasiones se denomina “**determinación de cobertura acelerada**”.

Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para presentar su solicitud, a fin de que autoricemos o le proporcionemos la cobertura de la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto.
- Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D*.

Por lo general, usamos las fechas límite estándar para informarle nuestra decisión.

Cuando le informemos nuestra decisión, usaremos las fechas límites “estándar”, a menos que hayamos aceptado usar las fechas límites “rápidas”. **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud **para un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta dentro de **las 72 horas** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, en el caso de una solicitud **para un artículo o servicio médico**, **nos puede tomar hasta 14 días calendario más** si solicita tiempo adicional o si necesitamos más información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que pueda beneficiarlo. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para

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

tomar una decisión si su solicitud es para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.

- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” en relación con nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si su salud así lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”.

- **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 recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos dentro de las 24 horas.**
 - **Sin embargo**, en el caso de una solicitud **para un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si descubrimos que falta información que puede beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red), o si necesita tiempo para enviarnos información para la revisión. Si decidimos tomarnos más días, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” en relación con nuestra decisión de tomarnos días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si solicita cobertura de atención médica *que aún no ha recibido*. (Usted no puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud se relaciona con el pago de atención médica que ya recibió).
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si el uso de las fechas límite estándar *puede poner en gran peligro su salud o su capacidad de desempeño*.
- **Si su médico nos informa que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, aceptaremos, automáticamente, tomar una decisión de cobertura rápida.**

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

- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta de rechazo (y, en su lugar, usaremos las fechas límite estándar).
 - Esta carta le indicará que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente daremos una decisión de cobertura rápida.
 - La carta también le indicará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Fechas límite para una “decisión de cobertura rápida”

- Por lo general, para una decisión de cobertura acerca de una solicitud de un artículo o servicio médico, le responderemos **en el término de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos **dentro de las 24 horas**.
 - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más en determinadas circunstancias. Si decidimos tomarnos más días para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” en relación con nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
 - Si no le respondemos en el término de 72 horas (o si existe un plazo extendido, al final de ese plazo), o 24 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante le indica cómo presentar una apelación.
- **Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo.

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

Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar”

- Por lo general, para una decisión de cobertura estándar acerca de una solicitud para un artículo o servicio médico, le responderemos **dentro de los 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - En determinadas circunstancias, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (“un plazo extendido”) en el caso de una solicitud para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos más días para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” en relación con nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
 - Si no le respondemos en el término de 14 días calendario (o si existe un plazo extendido, al final de ese plazo), o 72 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante le indica cómo presentar una apelación.
- **Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo y cómo apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos, tiene derecho a solicitar que reconsideremos (y, quizás, cambiemos) esta decisión al presentar una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento de obtener la cobertura de la atención médica que desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que recurrirá al nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura de atención médica que tomó nuestro plan)

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Términos legales**

Una apelación al plan en relación con una decisión de cobertura de atención médica se denomina “reconsideración” del plan.

Paso 1: Se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si su salud requiere una respuesta inmediata, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nuestro plan.** Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier fin relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D*.
- **Si solicita una apelación estándar, haga su apelación estándar por escrito presentando una solicitud.**
 - Si tiene a alguien que apela nuestra decisión en su nombre que no sea su médico, su apelación debe incluir un formulario de Designación de representante que autorice a esta persona a representarlo. Para obtener el formulario, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario de “Nombramiento de un representante”. También está disponible en el sitio de Internet de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio de Internet en www.fhcpmedicare.com. Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos iniciar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle su derecho de pedir que la organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **Si pide una apelación rápida, haga su apelación por escrito o llámenos** al número de teléfono que figura en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D*).
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el término de 60 días calendario** desde la fecha de la notificación escrita que enviamos para responder su solicitud de decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tiene un buen motivo para ello, explique el motivo por el cual presenta su apelación fuera de

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

término cuando presente su apelación. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de buenas causas por no cumplir con la fecha límite pueden incluir que usted haya tenido una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o que le hayamos proporcionado información incorrecta o incompleta acerca de la fecha límite para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
 - Tiene derecho a pedirnos una copia de la información relacionada con su apelación. Podemos cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede presentar su solicitud por teléfono).

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina “reconsideración acelerada”.

- Si apela una decisión que nosotros tomamos sobre la cobertura de atención médica que aún no ha recibido, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que aquellos para obtener una “decisión de cobertura rápida”. Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se proporcionan anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos informa que su salud requiere una “apelación rápida”, presentaremos una apelación rápida.

Paso 2: Nosotros consideramos su apelación y le respondemos.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Podemos comunicarnos con usted o con su médico para obtener más información.

Fechas límite para una “apelación rápida”

- Si estamos usando las fechas límite rápidas, debemos contestarle **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación..** Le responderemos antes si su salud así lo requiere.

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

- Sin embargo, si usted solicita más tiempo, o si necesitamos reunir más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.
- Si no le respondemos en el término de 72 horas (o al final del plazo extendido si nos tomamos más días), debemos enviar su solicitud automáticamente al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, le brindamos información sobre esta organización y le explicamos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si en nuestra respuesta aceptamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que hemos aceptado brindar, en el término de 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o una parte de lo que solicitó**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para procesar una apelación de nivel 2.

Fechas límite para una “apelación estándar”

- Si usamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta sobre su solicitud para un artículo o servicio médico **en el término de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación si su apelación está relacionada con la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si su solicitud es para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare que todavía no recibió, le responderemos **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si usted solicita más tiempo, o si necesitamos reunir más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” en relación con nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
 - Si no le respondemos para la fecha límite aplicable mencionada anteriormente (o al final del plazo extendido si nos tomamos más días para su solicitud de un artículo o servicio médico), debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión

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

independiente. Más adelante en esta sección, brindaremos información sobre esta organización de revisión y explicaremos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones).

- **Si en nuestra respuesta aceptamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que hemos aceptado brindar dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o una parte de lo que solicitó**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para procesar una apelación de nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan rechaza la totalidad o parte de su apelación, su caso será enviado automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- A fin de garantizar que hayamos cumplido con todas las reglas cuando rechazamos su apelación, **debemos enviar su apelación a la “organización de revisión independiente”**. Cuando hacemos esto, su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa nuestra decisión sobre su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debería cambiarse.

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. En ocasiones, se denomina “**IRE**”.

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

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para cumplir con la función de organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Enviaremos a esta organización la información acerca de su apelación. Esta información se denomina “archivo del caso”. **Tiene el derecho de pedirnos una**

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

copia del archivo de su caso. Podemos cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información.

- Tiene derecho a brindar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

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

- Si tuvo una apelación rápida a nuestro plan en el nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que puede beneficiarlo, **esto puede tomarnos hasta 14 días calendario más.** La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.

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

- Si tuvo una apelación estándar a nuestro plan en el nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el nivel 2. Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en el término de 30 días calendario** después de que reciba su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en el término de 7 días calendario** después de que reciba su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que puede beneficiarlo, **esto puede tomarnos hasta 14 días calendario más.** La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le responde.

La Organización de Revisión Independiente le informará su decisión por escrito y explicará las razones que la avalan.

- **Si la organización de revisión acepta parte o la totalidad de lo que solicitó para un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de atención médica en el plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión para las solicitudes

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

- estándar, o de 72 horas después de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión para las solicitudes aceleradas.
- **Si la organización de revisión acepta parte o la totalidad de lo que solicitó para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B bajo disputa en el plazo de **72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándar** o de **24 horas** después de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes aceleradas**.
 - **Si esta organización rechaza su apelación en su totalidad o en parte**, significa que dicha organización está de acuerdo con nosotros respecto de que no debería aprobarse su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. (Esto se denomina “mantener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).
 - Si la organización de revisión independiente “mantiene la decisión”, usted tiene derecho a una apelación de nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita debe cumplir con una cantidad mínima determinada. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación, lo que significa que la decisión de Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará cómo determinar la cantidad en dólares para continuar el proceso de apelación.

Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que equivale a un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. La información detallada sobre cómo hacerlo se encuentra en la notificación por escrito que recibe después de su apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5	¿Qué sucede si nos solicita que le paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por atención médica?
--------------------	--

Si desea solicitarnos un pago por atención médica, comience leyendo el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicinas cubiertas*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las cuales usted puede solicitar un reembolso o el pago de una factura que haya recibido de un proveedor. También indica cómo enviarnos la documentación mediante la cual se nos solicita el pago.

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

Solicitar un reembolso significa solicitarnos una decisión de cobertura.

Al enviarnos la documentación mediante la cual se nos solicita el reembolso, usted nos solicita que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). A fin de tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica por la que usted pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos [qué está cubierto y qué paga usted]*). También verificaremos si cumplieron todas las reglas para el uso de la cobertura de atención médica (estas reglas se brindan en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica que usted pagó está cubierta y usted cumplió todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica en el término de 60 días calendario después de haber recibido su solicitud. O, si no pagó los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El envío del pago equivale a la *aceptación* de su solicitud de una decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta o si usted *no* cumplió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le indicaremos que no pagaremos los servicios y los motivos en detalle. (El rechazo de su pedido de pago equivale a la *negación* de su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué sucede si solicita un pago y le informamos que no pagaremos?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación**. La presentación de una apelación significa que usted nos está solicitando 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 5.3. Consulte esta sección para conocer las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si usted presenta una apelación para obtener un reembolso, debemos responderle en el término de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. (Si nos solicita que le reintegremos un pago que realizó por atención médica que ya recibió, no se le permite solicitar una apelación rápida).
- Si la organización de revisión independiente revoca nuestra decisión de denegar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en el plazo de 30 días calendario. Si se acepta su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que usted solicitó a usted o al proveedor en el término de 60 días calendario.

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

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Guía sobre “los fundamentos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? De no ser así, le recomendamos que la lea antes de comenzar con esta sección.

Sección 6.1 Esta sección le indica lo que debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o desea que le reintegremos el pago de un medicamento de la Parte D.

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura de muchos medicamentos recetados. Consulte la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para estar cubierto, su medicamento se debe usar 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 del Capítulo 5 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección se refiere únicamente a sus medicamentos de la Parte D.** Para hacer las cosas más simples, generalmente, usamos la palabra “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir, cada vez que aparece, “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D”.
- Para obtener información detallada sobre a qué nos referimos cuando hablamos de medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)*, las reglas y restricciones en cuanto a cobertura y la información de costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo usar la cobertura de nuestro plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Como se analizó en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos respecto de sus beneficios y de su cobertura, o respecto de la cantidad que pagaremos por sus medicinas.

Términos legales

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina “**determinación de cobertura**”.

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

A continuación se incluyen ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos solicitó tomar respecto de sus medicamentos de la Parte D.

- Nos solicita que hagamos una excepción, que incluye:
 - Pidiéndonos que cubramos un medicamento de la *Parte D* que no está en *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan*
 - Solicitarnos que eliminemos una restricción de cobertura de un medicamento del plan (por ejemplo, límites en la cantidad del medicamento que puede obtener)
 - Solicitar el pago de una cantidad de costo compartido más baja por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto.
- Nos pregunta si tiene un medicamento cubierto y si usted cumple con alguna norma de cobertura aplicable. (Por ejemplo, cuando su medicamento forma parte de la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan, pero le exigimos que obtenga nuestra aprobación antes de que cubramos este medicamento).
 - *Tenga en cuenta que:* Si su farmacia le informa que no puede obtener su medicamento recetado como está escrito, la farmacia le enviará un aviso escrito que le explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Usted nos solicita que paguemos por un medicamento recetado que ya compró. Esto es una solicitud de decisión de cobertura relacionada con el pago.

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

Esta sección brinda información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura y sobre cómo solicitar una apelación. Use la siguiente tabla que lo ayudará a determinar qué parte tiene información aplicable a su situación:

¿En cuál de estas situaciones está usted?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o necesita que eliminemos una regla o restricción sobre un medicamento cubierto.	Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience en la Sección 6.2 de este capítulo.
Si desea que cubramos un medicamento incluido en nuestra Lista de medicamentos y considera que cumple con todas las reglas o restricciones (como obtener una aprobación anticipada) para el medicamento que necesita.	Puede pedir una decisión de cobertura. Pase a la Sección 6.4 de este capítulo.

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

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si quiere solicitar que nuestro plan le reintegre un pago por un medicamento que usted ya recibió y pagó.	Puede solicitarnos que hagamos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Pase a la Sección 6.4 de este capítulo.
Si ya le informamos que no cubriremos o pagaremos por un medicamento de la forma en que usted lo desea.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que desea que reconsideremos esta decisión). Pase a la Sección 6.5 de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría que estuviera cubierto, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. De manera similar a otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud para una excepción, usted puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otra persona autorizada para extender recetas deberán explicar las razones médicas por las que usted necesita la aprobación de la excepción. Luego, consideraremos su solicitud. A continuación se incluyen tres ejemplos de excepciones que usted o su médico u otra persona autorizada para extender recetas pueden solicitarnos:

1. La cobertura de un medicamento de la Parte D que no forma parte de nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*. (La denominamos “Lista de Medicamentos”, para abreviar).

Términos legales

Solicitar cobertura de un medicamento que no forma parte de la Lista de Medicamentos en ocasiones se denomina solicitar una “**excepción del formulario**”.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no forma parte de la Lista de Medicamentos, deberá pagar la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 4 - de Marca No Preferidos. No puede solicitar una excepción respecto de la cantidad de copago o coaseguro que le solicitamos que pague por el medicamento.

2. Cómo eliminar una restricción de nuestra cobertura de un medicamento cubierto.
Hay normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra

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

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) (para obtener más información consulte el Capítulo 5, Sección 4).

Términos legales

Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura de un medicamento, en ocasiones, se denomina solicitar una **“excepción de formulario”**.

- Las reglas y restricciones adicionales sobre la cobertura de determinados medicamentos incluyen:
 - *Estar obligado a usar la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - *Obtener la aprobación del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrirle el medicamento. (Esto, en ocasiones, se denomina “autorización previa”).
 - *Estar obligado a probar primero otro medicamento*, antes de que aceptemos cubrir el medicamento que está solicitando. (Esto, en ocasiones, se denomina “terapia escalonada”).
 - *Límites de cantidad* Para algunos medicamentos, existen restricciones en la cantidad del medicamento que puede recibir.
- Si aceptamos hacer una excepción y eliminar una restricción, puede solicitar una excepción en la cantidad de copago o coaseguro que le solicitamos que pague por el medicamento.

- 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. Por lo general, cuanto más bajo es el número del nivel de costo compartido, más baja será la parte del costo del medicamento que pagará usted.

Términos legales

Solicitar el pago de un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto en ocasiones se denomina solicitar una **“excepción de nivel”**.

- Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que están en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, usted puede solicitarnos cubrir su medicamento en la cantidad de costo compartido que aplica a los medicamentos alternativos. Esto reduciría su parte del costo del medicamento.

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

- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por la cantidad de costo compartido que aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de medicamentos de marca para el tratamiento de su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al costo compartido que corresponde al nivel más bajo que contiene alternativas de medicamentos de marca o genéricos para el tratamiento de su afección.
- No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento en el Nivel 5: Medicamentos especializados.
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, por lo general, usted pagará la cantidad más baja.

Sección 6.3	Cosas importantes que debe saber acerca de cómo solicitar excepciones
--------------------	--

Su médico debe informarnos las razones médicas.

Su médico u otra persona autorizada para extender recetas deben proporcionarnos una declaración que explique las razones médicas por las que se solicita una excepción. Para una decisión más rápida, cuando solicita la excepción, incluya esta información médica proporcionada por su médico u otra persona autorizada para extender recetas.

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo resulta igual de efectivo que el medicamento que solicita y no causaría más efectos secundarios ni otros problemas médicos, por lo general, *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si solicita una excepción de nivel, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción, a no ser que todos los medicamentos alternativos en un nivel de costo compartido más bajo no sean buenos para usted o posiblemente puedan causar una reacción adversa o perjudicarlo.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación, por lo general, es válida hasta el fin del año del plan. Esto se aplica, siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y que dicho medicamento siga siendo seguro y efectivo para el tratamiento de su afección.
- Si rechazamos su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. La Sección 6.5 le indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura,
incluida una excepción**

Paso 1: Puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura acerca del medicamento(s) o el pago que necesite. Si su salud requiere una respuesta inmediata, debe solicitarnos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Usted no puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos solicita el reintegro del pago de un medicamento que ya compró.

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otra persona autorizada para extender recetas) pueden hacer esto. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio de Internet. Para obtener información detallada, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D*. O bien, si está solicitando que le reintegremos el pago de un medicamento, consulte la sección denominada *Dónde enviar una solicitud que requiere que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o de un medicamento que usted ya recibió*.
- **Usted o su médico, u otra persona que actúe en su nombre,** pueden solicitar una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- **Si desea pedirnos que le devolvamos el dinero de un medicamento,** comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicinas cubiertas*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso. También indica cómo enviarnos la documentación mediante la cual se nos solicita que reintegremos el pago de nuestra parte del costo de un medicamento que usted ya pagó.
- **Si solicita una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”.** Su médico u otra persona autorizada para extender recetas deben brindarnos las razones médicas de la excepción del medicamento que está solicitando. (La denominamos “declaración de respaldo”). Su médico u otra persona autorizada para extender recetas pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien, su médico u otra persona autorizada para extender recetas pueden informarnos por teléfono y luego enviar una declaración por escrito por fax o correo, si es necesario. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información sobre solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluyendo una solicitud presentada en el formulario de solicitud de Determinación de cobertura modelo CMS, que se encuentra disponible en nuestro sitio de Internet.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Términos legales**

Una “decisión de cobertura rápida”, en ocasiones, se denomina “**determinación de cobertura acelerada**”.

Si su salud así lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”.

- Cuando le informemos nuestra decisión, usaremos las fechas límites “estándar”, a menos que hayamos aceptado usar las fechas límites “rápidas”. Una decisión de cobertura estándar significa que le responderemos dentro de 72 horas después de recibir la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si solicita un medicamento *que aún no ha recibido*. (Usted no puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos solicita el reintegro del pago de un medicamento que ya compró).
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si el uso de las fechas límite estándar *puede poner en gran peligro su salud o su capacidad de desempeño*.
- **Si su médico u otra persona autorizada para extender recetas nos informan que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, aceptaremos, automáticamente, tomar una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico u otra persona autorizada para extender recetas), nosotros decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta de rechazo (y, en su lugar, usaremos las fechas límite estándar).
 - Esta carta le indicará que si su médico u otra persona autorizada para extender recetas solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente daremos una decisión de cobertura rápida.
 - La carta también le indicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de tomar una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida que solicitó. Le indica cómo presentar una “queja rápida”, lo que significa que recibirá nuestra respuesta a su queja dentro de las 24 horas después de haberla recibido. (El proceso para presentar una queja es diferente del utilizado para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

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

Paso 2: Nosotros consideramos su solicitud y le respondemos..

Fechas límite para una “decisión de cobertura rápida”

- Si usamos las fechas límite rápidas, debemos responderle **en el término de 24 horas**.
 - Por lo general, esto significa en el término de 24 horas después de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en el plazo de 24 horas después de que recibamos la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le responderemos antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, brindaremos información sobre esta organización de revisión y explicaremos lo que sucede en el Nivel de Apelación 2.
- **Si respondemos afirmativamente a todo o parte de lo que solicitó**, debemos ofrecer la cobertura que hemos acordado en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo y cómo apelar nuestra decisión. También le diremos cómo apelar.

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

- Si usamos las fechas límite estándar, debemos responderle **en el término de 72 horas**.
 - Por lo general, esto significa en el término de 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en el plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le responderemos antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, brindaremos información sobre esta organización de revisión y explicaremos lo que sucede en el Nivel de Apelación 2.
- **Si en nuestra respuesta aceptamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó:**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura que** hemos aceptado brindar **en el término de 72 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo y cómo apelar nuestra decisión. También le diremos cómo apelar.

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

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

- Debemos responderle **en el término de 14 días calendario** después de haber recibido su petición.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, brindaremos información sobre esta organización de revisión y explicaremos lo que sucede en el Nivel de Apelación 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a la totalidad o parte de lo que solicitó**, también estamos obligados a hacerle un pago en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo y cómo apelar nuestra decisión. También le diremos cómo apelar.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación..

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa pedirnos que reconsideremos (y, posiblemente, cambiemos) la decisión que tomamos.

Sección 6.5

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura que nuestro plan tomó)

Términos legales

Una apelación ante el plan sobre una decisión de cobertura de medicamento de la Parte D se denomina “redeterminación” del plan.

Paso 1: Se comunica con nosotros y presenta su apelación de nivel 1. Si su salud requiere una respuesta inmediata, debe solicitar una “apelación rápida”.

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante o su médico u otra persona autorizada para extender recetas) debe comunicarse con nosotros.**
 - Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax, correo o a través de nuestro sitio de Internet, por cualquier fin

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

relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2, y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D*.

- **Si solicita una apelación estándar, haga su apelación presentando una petición por escrito.** (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D*).
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o llamarnos al número de teléfono que figura en la Sección 1 del Capítulo 2** (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D*).
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluyendo una solicitud presentada en el formulario de solicitud de Determinación de cobertura modelo CMS, que se encuentra disponible en nuestro sitio de Internet.
- **Aceptaremos las solicitudes electrónicas** que se envíen por fax, correo electrónico o a través de nuestro portal seguro para miembros.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el término de 60 días calendario** desde la fecha de la notificación escrita que enviamos para responder su solicitud de decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tiene una buena razón para no hacerlo, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de buenas causas por no cumplir con la fecha límite pueden incluir que usted haya tenido una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o que le hayamos proporcionado información incorrecta o incompleta acerca de la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información que hay en su apelación y agregar más información.**
 - Tiene derecho a pedirnos una copia de la información relacionada con su apelación. Podemos cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información.
 - Si así lo desea, usted y su médico u otra persona autorizada para extender recetas pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina “redeterminación acelerada”.

Si su salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida”.

- Si apela una decisión que nosotros hemos tomado sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro emisor de recetas deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.

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

- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida”, y aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Nosotros consideramos su apelación y le respondemos.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando rechazamos su solicitud. Podemos comunicarnos con usted o con su médico u otra persona autorizada para extender recetas, a fin de obtener más información.

Fechas límite para una “apelación rápida”

- Si estamos usando las fechas límite rápidas, debemos contestarle **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le responderemos antes si su salud así lo requiere.
 - Si no le respondemos en el término de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, brindaremos información sobre esta organización de revisión y explicaremos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones).
- **Si en nuestra respuesta aceptamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó**, debemos brindar la cobertura que hemos aceptado brindar en el término de 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo y cómo apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una “apelación estándar”

- Si usamos las fechas límite estándar, debemos contestarle **en el plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación para un medicamento que aún no recibió. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su afección médica requiere que lo hagamos. Si considera que su salud lo requiere, debe solicitar una “apelación rápida”.
 - Si no le informamos una decisión en el término de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, brindaremos información sobre esta organización de revisión y explicaremos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones).
- **Si en nuestra respuesta aceptamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó:**
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que hemos aceptado brindar lo más rápido que su salud lo requiera, pero **no más de 7 días calendario** después de recibir su apelación.

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

- Si aprobamos la solicitud de reintegrarle el pago de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en el plazo de 30 días calendario** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo y cómo apelar nuestra decisión.
- Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya ha comprado, debemos responderle **dentro de 14 días calendario** después de la recepción de su solicitud.
 - Si no le informamos una decisión en el término de 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, brindaremos información sobre esta organización de revisión y explicaremos lo que sucede en el Nivel de Apelación 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a la totalidad o parte de lo que solicitó**, también estamos obligados a hacerle un pago en un plazo de 30 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo y cómo apelar nuestra decisión. También le diremos cómo apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted decide si acepta esta decisión o continúa con el proceso y presenta otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasa al nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte más adelante).

Sección 6.6	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2
--------------------	---

Si rechazamos su apelación, usted decide si acepta esta decisión o continúa con el proceso y presenta otra apelación. Si decide pasar a una Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que nosotros tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debería cambiarse.

Términos legales
El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. En ocasiones, se denomina “ IRE ”.

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

Paso 1: Para hacer una apelación de nivel 2, usted (o su representante o su médico u otro debe contactar con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso..

- Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, la notificación escrita que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones indicarán quién puede presentar esta Apelación de Nivel 2, qué fechas límite debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación a la Organización de Revisión Independiente, le enviaremos a esta organización la información que tengamos sobre su apelación. Esta información se denomina “archivo del caso”. **Tiene el derecho de pedirnos una copia del archivo de su caso.** Podemos cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información.
- Tiene derecho a brindar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente lleva a cabo una revisión de su apelación y le responde.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para revisar nuestras decisiones sobre sus beneficios con nosotros de la Parte D.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará su decisión por escrito y le explicará las razones de su decisión.

Fechas límite para una “apelación rápida” de nivel 2

- Si su salud lo exige, pida a la organización de revisión independiente que tramiten una “apelación rápida”.
- Si la organización acepta darle una "apelación rápida", ésta debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en un periodo de 72 horas después de haber recibido su solicitud de apelación.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos ofrecer la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión **en el plazo de 24 horas** después de haber recibido la decisión de la organización.

Fechas límite para una “apelación estándar” de nivel 2

- Si tiene una apelación estándar en Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en el término de 7 días calendario** después que reciba su apelación si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si está solicitando

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

que le reembolsemos un medicamento que ya ha comprado, la organización de revisión debe responder a su apelación de nivel 2 dentro de 14 días calendario después de la recepción de su solicitud.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó:**
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **ofrecer la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización **en un plazo de 72 horas** después de que hayamos recibido la decisión de la organización de revisiones.
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reintegrarle el pago de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización.

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

Si esta organización rechaza su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “mantener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).

Si la organización de revisión independiente “mantiene la decisión”, usted tiene derecho a una apelación de nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita debe cumplir con una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión de Nivel 2 es definitiva. El aviso escrito que recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que solicita cumple con el requisito, usted decide si desea seguir apelando..

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que equivale a un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, la información detallada sobre cómo hacerlo se encuentra en la notificación escrita que recibió después de su segunda apelación.
- La apelación de nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

**SECCIÓN 7 Cómo solicitar que cubramos una hospitalización
más prolongada si cree que el médico le está dando
de alta demasiado pronto**

Cuando lo internan en un hospital, usted tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios que están cubiertos y son necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura para su atención en el hospital, incluida cualquier limitación de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted a fin de prepararlo para el día en que salga del hospital. También lo ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de que se retire.

- El día en que usted sale del hospital se denomina su “**fecha de alta**”.
- Cuando se haya decidido la fecha de su alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si cree que se le pide que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía más prolongada en el hospital y se considerará su solicitud. Esta sección le brinda información sobre cómo presentar su solicitud.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, usted recibirá una notificación escrita de Medicare, que le brindará información sobre sus derechos.
--

Durante su hospitalización cubierta, se le entregará una notificación escrita denominada *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare obtienen una copia de esta notificación cada vez que las internan en un hospital. Alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente de casos o enfermera) se la debe entregar en el término de dos días después de que lo internen. Si no recibe la notificación, pregunte por ella a cualquiera del personal del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). 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.

- 1. Lea atentamente esta notificación y haga preguntas si no la comprende.** Le brinda información sobre sus derechos como paciente del hospital, que incluyen:
 - Su derecho a recibir cuidados médicos cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de ella, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
 - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización y su derecho a saber quién pagará por ella.

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

- Dónde informar cualquier inquietud que tenga acerca de la calidad de su atención en el hospital.
- Su derecho a apelar la decisión de su alta si considera que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales

La notificación escrita de Medicare le indica cómo puede **“solicitar una revisión inmediata”**. Solicitar una revisión inmediata es una manera legal y formal de solicitar que se retrase su fecha de alta, de modo que cubramos su atención en el hospital durante más tiempo. (La Sección 7.2 más adelante le indica cómo solicitar una revisión inmediata).

- 2. Se le pedirá que firme la notificación escrita, a fin de demostrar que la ha recibido y que comprende sus derechos.**
 - Se le pedirá a usted o a una persona que actúe en su nombre que firme la notificación. (La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
 - La firma de la notificación muestra *únicamente* que ha recibido la información sobre sus derechos. La notificación no indica la fecha de su alta (su médico o el personal del hospital le dirán la fecha de su alta). La firma de la notificación **no significa** que usted acepta una fecha de alta.
- 3. Conserve su copia** de la notificación para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud acerca de la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
 - Si firma la notificación más de dos días antes de salir del hospital, recibirá otra copia antes de que se programe su alta.
 - Para obtener una copia de esta notificación por adelantado, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este folleto) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver la notificación por Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria**

Si desea solicitar que sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados estén cubiertos por nosotros durante más tiempo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe comprender lo que necesita hacer y cuáles son sus fechas límite.

- **Siga el proceso.** Más adelante se explica cada paso de los primeros dos niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir las fechas límite que se aplican a lo que debe hacer.
- Solicite ayuda en caso de ser necesaria Si tiene preguntas o necesita ayuda en algún momento, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto). O llame a su Programa de asistencia para seguro médico estatal, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de nivel 1, la organización para el mejoramiento de la calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta planeada es médicamente apropiada para usted.

Paso 1: Comuníquese con la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es una organización para el mejoramiento de la calidad?

- La organización es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Esta organización es financiada por Medicare para evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención brindada a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria para las personas con Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación escrita que recibió (*Mensaje Importante de Medicare acerca de sus Derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

Actúe rápidamente:

- Para hacer su apelación, debe ponerse en contacto con la organización para el mejoramiento de la calidad *antes* de que salga del hospital y **a más tardar, a la**

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

medianoche del día del alta. (Su “fecha de alta planificada” es la fecha que se ha establecido para que usted salga del hospital).

- Si cumple esta fecha límite, tiene permitido permanecer en el hospital *después* de la fecha que le den de alta *sin pagar por la hospitalización*, mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad respecto de su apelación.
- Si usted *no* cumple esta fecha límite y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planeada, *es posible que deba pagar todos los costos* por la atención recibida en el hospital después de su fecha de alta planeada.
- Si no respeta la fecha límite para comunicarse con la organización para el mejoramiento de la calidad y aun así desea apelar, en su lugar, debe presentar la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener información detallada sobre esta forma alternativa de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Solicite una “revisión rápida”:

- Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una **“revisión rápida”** de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que está solicitando a la organización que use las fechas límite “rápidas” para una apelación, en lugar de usar las fechas límite estándar.

Términos legales
Una “revisión rápida” también se denomina “revisión inmediata” o “revisión acelerada”.

Paso 2: La organización para el mejoramiento de la calidad hace una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los denominaremos “los revisores”, en su forma abreviada) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. Usted no tiene que preparar ningún documento, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también revisarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos proporcionado.
- Al mediodía del día siguiente a la fecha en que los revisores informen a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá una notificación por escrito que le indicará su fecha planeada de alta y le explicará las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (apropiado desde el punto de vista médico) que usted sea dado de alta en esa fecha.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Términos legales**

Esta explicación escrita se denomina la “**Notificación Detallada de Alta Hospitalaria**”. Usted puede obtener un modelo de esta notificación llamando a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver una copia en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 3: En el término de un día completo después de que reciba toda la información necesaria, la organización para el mejoramiento de la calidad le responderá en relación con su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión *acepta* su apelación, **nosotros deberemos seguir proporcionándole los servicios hospitalarios como paciente hospitalizado que están cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que su fecha de alta planeada es médicamente apropiada. Si sucede esto, **la cobertura para servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados terminará** al mediodía del día *después* de que la organización para el mejoramiento de la calidad le brinde su respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente a que la organización para el mejoramiento de la calidad le brinde su respuesta a su apelación.

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

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planeada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria**

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación, y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planeada, puede presentar una Apelación de Nivel 2. En una Apelación de Nivel 2, usted solicita que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad vuelva a analizar la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, puede tener que pagar el costo completo por su estancia después de su fecha de alta planificada.

A continuación, se describen los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Debe comunicarse nuevamente con la organización para el mejoramiento de la calidad y solicitar otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días calendario** después de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya *rechazado* su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si usted permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó la cobertura de su atención.

Paso 2: La organización para el mejoramiento de la calidad debe llevar a cabo una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la organización para el mejoramiento de la calidad analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En el plazo de 14 días calendario de haber recibido su solicitud para una segunda revisión, los revisores de la organización para el mejoramiento de la calidad tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.***Si la organización de revisión acepta su apelación:***

- **Nosotros debemos reembolsarle** nuestra parte del costo de la atención en el hospital que ha recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Nosotros debemos continuar proporcionando cobertura para su atención en el hospital durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Debe seguir pagando su parte del costo, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión rechaza su apelación:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de nivel 1 y no la cambiarán. Esto se denomina “mantener la decisión”.
- La notificación que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará información detallada sobre cómo pasar al siguiente

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

nivel de apelaciones, que lo maneja un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea seguir apelando y pasar al nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que equivale a un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o si pasa al nivel 3 y presenta otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4	¿Qué sucede si no respeta la fecha límite para presentar su apelación de nivel 1?
--------------------	--

En cambio, puede presentarnos una apelación

Como se explicó anteriormente en la Sección 7.2, usted debe comunicarse rápidamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su primera apelación de su alta hospitalaria. (“Rápidamente” significa antes de que salga del hospital y, a más tardar, en su fecha de alta planeada, según lo que ocurra primero). Si no respeta la fecha límite para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si pone en práctica esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de nivel 1

Si vence la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentarnos una apelación y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

Términos legales
Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “ apelación acelerada ”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con*

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

nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D.

- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos solicita que le demos una respuesta usando las fechas límite “rápidas” en lugar de las fechas límite “estándar”.

Paso 2: Nosotros llevamos a cabo una “revisión rápida” de su fecha de alta planeada y verificamos si fue médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Verificamos si su fecha de alta planeada fue médicamente apropiada. Verificaremos si la decisión sobre cuándo debe abandonar el hospital fue justa y si siguió todas las reglas.
- En esta situación, utilizaremos las fechas límite “rápidas” en lugar de las fechas límite estándar para responderle en relación con esta revisión.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión en el término de 72 horas después de que solicita una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que hemos aceptado que aún necesita permanecer en el hospital después de la fecha de alta y que continuaremos proporcionándole los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte del costo de la atención que haya recibido desde la fecha en que informamos que finalizaría su cobertura. (Debe pagar su parte del costo, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** esto significa que su fecha de alta planeada era médicamente apropiada. Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después de* su fecha de alta planeada, es **posible que deba pagar el costo completo** de la atención en el hospital que recibió después de la fecha de alta planeada.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso será enviado automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- A fin de garantizar que hayamos cumplido con todas las reglas cuando rechazamos su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a la “organización de revisión Independiente”.** Cuando hacemos esto, significa que usted pasa *automáticamente* al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión que tomamos debería cambiarse.

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

Términos legales
El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. En ocasiones, se denomina “ IRE ”.

Paso 1: Remitiremos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información para su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en el término de 24 horas a partir del momento en que le informamos que estamos rechazando su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de queja es diferente del proceso de apelación. La Sección 10 de este capítulo explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le responden en el término de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan ni es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para cumplir con la función de organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con la apelación de su alta hospitalaria.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** nosotros debemos reembolsarle (reintegrarle) nuestra parte de los costos de la atención en el hospital que ha recibido desde su fecha de alta planeada. También debemos continuar con la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, podrían limitar el monto que reembolsaríamos o el tiempo que continuaríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que dicha organización está de acuerdo con nosotros respecto de que su fecha de alta hospitalaria planeada era médicamente apropiada.
 - La notificación que obtiene de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará información detallada sobre cómo pasar a una Apelación de Nivel 3, que es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir apelando.**

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que equivale a un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, usted decide si acepta su decisión o pasa al nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

Sección 8.1	<i>Esta sección se refiere solo a tres servicios: Atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF)</i>
--------------------	--

Esta sección es acerca de los siguientes tipos de atención *únicamente*:

- **Servicios de atención médica en el hogar** que está recibiendo.
- **Atención en un centro de cuidados médicos especializados** que está recibiendo como paciente en un centro de cuidados médicos especializados. (A fin de conocer los requisitos para ser considerado un “centro de cuidados médicos especializados”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que está recibiendo como paciente ambulatorio en una Instalación Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) aprobada por Medicare. Por lo general, esto significa que está recibiendo tratamiento para una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando está recibiendo alguno de estos tipos de atención, tiene derecho a continuar recibiendo sus cuidados médicos que están cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesaria la atención para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus cuidados médicos cubiertos, incluida su parte del costo y cualquier limitación en la cobertura que se aplique, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*.

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

Cuando decidimos que es el momento de dejar de cubrir cualquiera de estos tres tipos de atención, debemos informárselo con anticipación. Cuando finalice la cobertura para dicha atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo por su atención.*

Si considera que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le brinda información sobre cómo presentar una apelación.

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura.

1. Recibirá una notificación por escrito. Recibirá una notificación al menos dos días antes de que nuestro plan detenga la cobertura de su atención.
 - La notificación por escrito le informa la fecha en la que dejaremos de cubrir la atención para usted.
 - La notificación por escrito también le informa qué puede hacer si desea solicitar a nuestro plan que cambie esta decisión sobre cuándo finalizar su atención y que siga cubriéndola durante más tiempo.

Términos legales

Al informarle sobre lo que puede hacer, la notificación por escrito le informa cómo solicitar una “**apelación por la vía rápida**”. Solicitar una apelación por la vía rápida es una manera legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura con respecto a cuándo dejar de cubrir su atención. (La Sección 8.3 a continuación le informa cómo puede solicitar una apelación por la vía rápida).

La notificación escrita se denomina “**Notificación de No Cobertura de Medicare**”.

2. **Se le pedirá que firme la notificación por escrito para demostrar que la ha recibido.**
 - Se le pedirá a usted o a una persona que actúe en su nombre que firme la notificación. (La Sección 4 le indica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
 - La firma de la notificación muestra *únicamente* que ha recibido la información sobre cuándo se detendrá su cobertura. **Su firma no significa que está de acuerdo** con el plan en que es el momento de dejar de recibir la atención.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un tiempo más prolongado**

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante más tiempo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe comprender lo que necesita hacer y cuáles son sus fechas límite.

- **Siga el proceso.** Más adelante se explica cada paso de los primeros dos niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir las fechas límite que se aplican a lo que debe hacer. También existen fechas límite que nuestro plan debe cumplir. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).
- Solicite ayuda en caso de ser necesaria Si tiene preguntas o necesita ayuda en algún momento, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto). O llame a su Programa de asistencia para seguro médico estatal, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Si solicita una apelación de nivel 1 a tiempo, la organización para el mejoramiento de la calidad revisa su apelación y decide si cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de nivel 1: comuníquese con la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es una organización para el mejoramiento de la calidad?

- La organización es un grupo de médicos y otros expertos de atención médica a quienes les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Evalúan la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare y revisan las decisiones del plan acerca de cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertas clases de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación por escrito que recibió le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

¿Qué debe solicitar?

- Solicite a esta organización “una apelación por la vía rápida” (que lleve a cabo una revisión independiente) para determinar si resulta médicamente apropiado que nosotros finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

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

Su fecha límite para comunicarse con esta organización.

- Debe comunicarse con la organización para el mejoramiento de la calidad para comenzar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia que figura en el Aviso de denegación de cobertura de Medicare.
- Si no respeta la fecha límite para comunicarse con la organización para el mejoramiento de la calidad y aun así desea presentar una apelación, en su lugar, debe presentarla directamente ante nosotros. Para obtener información detallada sobre esta forma alternativa de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La organización para el mejoramiento de la calidad hace una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los denominaremos “los revisores”, en su forma abreviada) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. Usted no tiene que preparar ningún documento, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le haya proporcionado.
- Al final del día, los revisores nos informan sobre su apelación y, además, usted recibirá una notificación por escrito de nosotros que le indicará las razones por las que finalizamos la cobertura para sus servicios.

Términos legales
Esta explicación mediante notificación se denomina “ Explicación detallada de denegación de cobertura ”.

Paso 3: En el término de un día completo después de que reciban toda la información que necesitan, los revisores le informarán la decisión que tomaron.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los auditores *aceptan* su apelación, entonces **nosotros debemos seguir proporcionándole sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

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

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, entonces **su cobertura finalizará el día que le hemos informado**. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha indicada en la notificación.
- Si decide seguir recibiendo atención médica en el hogar, o atención en un Centro de Cuidados Médicos Especializados, o servicios de un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, entonces, **usted deberá pagar el costo completo** de esta atención.

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

- Esta primera apelación que usted presenta es el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su Apelación de Nivel 1, y decide continuar recibiendo atención después de que su cobertura ha finalizado, entonces puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 8.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un tiempo más prolongado
--------------------	--

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted decide seguir recibiendo atención después de que su cobertura de la atención haya finalizado, entonces puede presentar una Apelación de Nivel 2. En una Apelación de Nivel 2, usted solicita que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad vuelva a analizar la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazan su Apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo completo por su atención médica en el hogar, la atención en un centro de cuidados médicos especializados, o los servicios en una instalación Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que informamos que finalizaría su cobertura.

A continuación, se describen los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Debe comunicarse nuevamente con la organización para el mejoramiento de la calidad y solicitar otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en el término de 60 días** después de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura de la atención.

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

Paso 2: La organización para el mejoramiento de la calidad debe llevar a cabo una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la organización para el mejoramiento de la calidad analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días de haber recibido su solicitud de apelación, los revisores decidirán su apelación y le informarán sobre su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Le reembolsaremos** nuestra parte del costo de la atención que haya recibido desde la fecha en que informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar cubriendo la atención** durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Debe seguir pagando su parte del costo, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza el pedido?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos con respecto a su apelación de nivel 1 y no la cambiarán.
- La notificación que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará información detallada sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelaciones, que lo maneja un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, lo que equivale a un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o continúa con el nivel 3 y presenta otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5	¿Qué sucede si no respeta la fecha límite para presentar su apelación de nivel 1?
--------------------	--

En cambio, puede presentarnos una apelación

Como se explicó anteriormente en la Sección 8.3, debe comunicarse rápidamente con la organización para el mejoramiento de la calidad, a fin de iniciar su primera apelación (en el término de uno o dos días, como máximo). Si no respeta la fecha límite para comunicarse con

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

esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si pone en práctica esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de nivel 1

Si vence la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentarnos una apelación y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

A continuación, se describen los pasos para una Apelación Alternativa de Nivel 1:

Términos legales
Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “ apelación acelerada ”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos solicita que le demos una respuesta usando las fechas límite “rápidas” en lugar de las fechas límite “estándar”.

Paso 2: Realizamos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos con respecto a cuándo dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información sobre su caso. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando fijamos la fecha de finalización de cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.
- Utilizaremos las fechas límite “rápidas” en lugar de las fechas límite estándar para responderle en relación con esta revisión.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión en el término de 72 horas después de que solicita una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que hemos aceptado que necesita seguir recibiendo servicios durante más tiempo y continuaremos brindándole los cuidados médicos cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte del costo de la atención que haya recibido desde la fecha en que informamos que finalizaría su cobertura. (Debe pagar su parte del costo, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).

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

- Si rechazamos su apelación rápida, entonces, su cobertura finalizará el día que le hemos informado y no pagaremos ningún costo compartido después de esta fecha.
- Si continuó recibiendo atención médica en el hogar, o atención en un centro de cuidados médicos especializados, o servicios de una Instalación Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que informamos que su cobertura finalizaba, entonces **usted deberá pagar el costo completo** de esta atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso será enviado automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- A fin de garantizar que hayamos cumplido con todas las reglas cuando rechazamos su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a la “organización de revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que usted pasa *automáticamente* al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión que tomamos debería cambiarse.

Términos legales
El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. En ocasiones, se denomina “ IRE ”.

Paso 1: Remitiremos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información para su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en el término de 24 horas a partir del momento en que le informamos que estamos rechazando su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de queja es diferente del proceso de apelación. La Sección 10 de este capítulo explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le responden en el término de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan ni es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para cumplir con la función de organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, debemos reembolsarle (reintegrarle) nuestra parte del costo de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. También debemos continuar cubriendo la atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, podrían limitar el monto que reembolsaríamos o el tiempo que continuaríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que dicha organización está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan con respecto a su primera apelación y que no la cambiará.
 - La notificación que obtiene de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará información detallada sobre cómo pasar a una Apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, lo que equivale a un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o si pasa al nivel 3 y presenta otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Llevar su apelación al nivel 3 y a niveles superiores

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

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que ha apelado cumple con determinados niveles mínimos, usted puede pasar a los niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, usted no podrá seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta escrita que reciba respecto de su Apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

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

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera bastante similar. A continuación se describe quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 Un juez (denominado un juez de derecho administrativo) o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisarán su apelación y le responderán.

- **Si el Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no* terminar:** decidiremos si apelar esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de una decisión de nivel 2 (organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 3 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizarle u ofrecerle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con cualquier documento que deba adjuntarse. Podemos esperar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en cuestión.

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

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no* terminar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, termina el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, la notificación que reciba le indicará qué pasos debe seguir si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le responderá. El Consejo es parte del gobierno Federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de Apelación de Nivel 3 favorable, el proceso de apelaciones *puede terminar o no*; decidiremos si apelar esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de una decisión de nivel 2 (organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 4 que sea favorable para usted si el valor del artículo o servicio médico cumple con el valor en dólares requerido.**
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizarle u ofrecerle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede terminar o no*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, termina el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, la notificación que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a la Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten pasar al siguiente nivel, la notificación escrita también le indicará con quién debe comunicarse y qué pasos debe seguir si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

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

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas han sido rechazadas.

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

Si el valor en dólares del medicamento que ha apelado cumple con determinadas cantidades de dólares, usted puede pasar a los niveles de apelación adicionales. Si la cantidad en dólares es menor, no puede presentar más apelaciones. La respuesta escrita que reciba respecto de su Apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera bastante similar. A continuación se describe quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 Un juez (denominado un juez de derecho administrativo) o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisarán su apelación y le responderán.

- **Si la respuesta es sí, termina el proceso de apelaciones.** Se ha aprobado lo que usted solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el juez de derecho administrativo o abogado mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haberse terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, termina el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, la notificación que reciba le indicará qué pasos debe seguir si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le responderá. El Consejo es parte del gobierno Federal.

- **Si la respuesta es sí, termina el proceso de apelaciones.** Se ha aprobado lo que usted solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haberse terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, termina el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o niega su solicitud para revisar la apelación, la notificación que reciba le indicará si las reglas le permiten pasar a la apelación de nivel 5. Si las normas le permiten pasar al siguiente nivel,

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

la notificación escrita también le indicará con quién debe comunicarse y qué pasos debe seguir si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

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



Si su problema tiene que ver con decisiones relacionadas con beneficios, cobertura o pago, esta sección *no se aplica a usted*. En su lugar, debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan en el proceso de quejas?

Esta sección explica cómo usar el proceso de presentación de quejas. El proceso de quejas se usa *únicamente* para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y la atención al cliente que recibe. A continuación se incluyen ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el proceso de quejas.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede “presentar una queja”.

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está satisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o que compartió información sobre usted que considera debería ser confidencial?
Falta de respeto, atención inadecuada al cliente, u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien le trató mal o fue irrespetuoso con usted? • ¿Está insatisfecho con el trato que recibió de Atención a los Miembros? • ¿Considera que se lo está alentando a retirarse del plan?

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

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene dificultades para obtener una cita, o debe esperar demasiado para una cita? • ¿Ha tenido que esperar demasiado tiempo por médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por Servicios para Miembros u otros integrantes del personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Por ejemplo, esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera, cuando recibe una receta o en la sala de examen.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de un consultorio médico, clínica u hospital?
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que no le hemos entregado una notificación que debíamos darle? • ¿Cree que la información escrita que le dimos es difícil de entender?
<p>Puntualidad (Estos tipos de quejas están relacionados con la puntualidad con la que actuamos en relación con las decisiones de cobertura y apelaciones).</p>	<p>El proceso de solicitud de una decisión de cobertura y presentación de una apelación se explica en las Secciones 4 a 9 de este capítulo. Si solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de quejas.</p> <p>Sin embargo, si ya solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja sobre nuestra tardanza. A continuación algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si nos pide que le brindemos una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", y hemos dicho que no, usted puede hacer un reclamo. • Si cree que no estamos cumpliendo con las fechas límite para tomar una decisión de cobertura o responder una apelación que usted presentó, puede presentar una queja. • Cuando una decisión de cobertura que hemos tomado se revisa y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican fechas límite. Si considera que no estamos cumpliendo nuestras fechas límite, puede presentar una queja. • Cuando no tomamos una decisión a tiempo, debemos remitir su caso a la organización de revisión independiente. Si no lo hacemos dentro de la fecha límite requerida, puede presentar una queja.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 10.2 La manera formal de decir “presentar una queja” es “presentar un reclamo”.****Términos legales**

- Lo que en esta sección se conoce como "**queja**" también se llama "**reclamo**."
- Otra forma de decir "**hacer una queja**" es "**presentar un reclamo**".
- Otra manera de decir "**utilizar el proceso para quejas**" es "**utilizar el proceso para presentar un reclamo**".

Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de quejas**Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.**

- **Por lo general, llamar a Servicios para Miembros es el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, Servicios para Miembros le informará al respecto. Llame al 1-833-866-6559 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770). Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados principales.
- **Si no desea llamar (o llamó y no quedó conforme), puede plantear su queja por escrito y enviárnosla.** Si planteó su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- **Procedimientos e instrucciones que debe seguir si desea utilizar el proceso para presentar una queja:**

Si nos envía por escrito su queja, sea por correo postal, fax o correo electrónico, significa que utilizaremos nuestro procedimiento formal para responder a los reclamos. A continuación se describe cómo funciona este proceso:

Para quejas relacionadas con su cobertura de medicamentos recetados:

1. Envíe su queja a la dirección, el correo electrónico o el número de fax que se indica en la Sección 1 del Capítulo 2. Consulte la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D*.

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

2. Usted debe presentar todos los reclamos en el término de 60 días calendario después del evento o incidente que dio lugar a su queja. Responderemos a su reclamo, a más tardar, en un período de 30 días calendario después de que lo recibamos (antes, si su salud así lo requiere). Si necesitamos más información y a usted le conviene que haya una demora o la solicita, podemos tomarnos 14 días más para responderle.
3. Si nuestro plan rechaza su solicitud de una decisión de cobertura “rápida” o una apelación “rápida” de primer nivel sobre atención médica o medicamentos recetados y usted considera que esperar más pondría en peligro su salud, puede presentar una solicitud de queja “rápida”, ya sea por escrito o por teléfono. Debemos responder a estas solicitudes en el término de 24 horas.

Para quejas relacionadas con su atención médica:

1. Envíe su queja a la dirección, el correo electrónico o el número de fax que se indica en la Sección 1 del Capítulo 2. Consulte la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D*.
2. Usted debe presentar todos los reclamos en el término de 60 días calendario después del evento o incidente que dio lugar a su queja. Responderemos a su reclamo, a más tardar, en un período de 30 días calendario después de que lo recibamos (antes, si su salud así lo requiere). Si necesitamos más información y a usted le conviene que haya una demora o la solicita, podemos tomarnos 14 días más para responderle.
3. Si nuestro plan rechaza su solicitud de una decisión de cobertura “rápida” o una apelación “rápida” de primer nivel sobre atención médica o medicamentos recetados y usted considera que esperar más pondría en peligro su salud, puede presentar una solicitud de queja “rápida”, ya sea por escrito o por teléfono. Debemos responder a estas solicitudes en el término de 24 horas.

Si presenta una queja verbal por teléfono, a continuación se describe cómo funciona este proceso:

Para quejas relacionadas con sus medicamentos recetados de la Parte D o su atención médica:

1. Comuníquese con Servicios para Miembros dentro de los 60 días calendario posteriores al evento o incidente que dio lugar a su queja.
2. Prepare lo siguiente para el representante:
 - Su nombre
 - Su dirección
 - Su número de identificación de miembro
 - Una descripción de su queja/reclamo

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

- **Independientemente de que llame o escriba, debe comunicarse de inmediato con Servicios para Miembros.** La queja debe presentarse en el término de 60 días calendario después de que tuvo el problema sobre el cual desea quejarse.
- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de “decisión de cobertura rápida” o de “apelación rápida”, le otorgaremos, automáticamente, una “queja rápida”.** Si tiene una “queja rápida”, significa que le responderemos en el término de 24 horas.

Términos legales

Lo que esta sección denomina “**queja rápida**” también se denomina un “**reclamo acelerado**”.

Paso 2: Analizamos su queja y le respondemos.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos responderle en la misma llamada telefónica. Si su condición médica nos exige que respondamos rápidamente, lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y a usted le conviene que haya una demora o solicita más tiempo, podemos tardar hasta 14 días calendario más (un total de 44 días calendario) en responder su queja. Si decidimos tomarnos más días, se lo informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o con parte de su queja, o no asumimos ninguna responsabilidad por el problema sobre el cual se queja, le informaremos al respecto. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con la queja o no.

Sección 10.4 También puede presentar quejas acerca de la calidad de la atención a la organización para el mejoramiento de la calidad.

Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió usando el proceso paso a paso descrito anteriormente.

Cuando su opinión es acerca de *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Usted puede presentar su queja a la Organización de Mejora de Calidad.** Si prefiere, puede presentar su queja acerca de la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (*sin* presentarnos la queja a nosotros).
 - La organización para el mejoramiento de la calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para controlar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare.

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

- Busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto. Si presenta una queja a esta organización, trabajaremos conjuntamente con ella para resolver su queja.
- **O bien puede presentar su queja a ambas al mismo tiempo.** Si desea, nos puede presentar su queja acerca de la calidad de la atención y también a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Sección 10.5 También puede comunicar su queja a Medicare.

Puede presentar una queja sobre FHCP Medicare Premier Advantage directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio las quejas y usará dicha información para mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está resolviendo su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/ TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

*Cómo finalizar su membresía del
plan*

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía del plan

SECCIÓN 1	Introducción.....	262
Sección 1.1	Este capítulo se refiere a la finalización de su inscripción en nuestro plan.	262
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su inscripción en nuestro plan?	262
Sección 2.1	Puede finalizar su inscripción durante el período de inscripción anual.	262
Sección 2.2	Puede finalizar su inscripción durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage.....	263
Sección 2.3	En determinadas situaciones, puede finalizar su inscripción durante un período de inscripción especial.	264
Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su inscripción?	265
SECCIÓN 3	¿Cómo puede finalizar su inscripción en nuestro plan?	266
Sección 3.1	Por lo general, usted finaliza su inscripción afiliándose a otro plan.	266
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su inscripción, debe seguir obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.	267
Sección 4.1	Hasta que finalice su inscripción, usted sigue siendo miembro de nuestro plan.	267
SECCIÓN 5	FHCP Medicare Premier Advantage debe finalizar su inscripción en el plan en ciertas situaciones.	268
Sección 5.1	¿Cuándo debemos dar de baja su inscripción en el plan?	268
Sección 5.2	No <u>podemos</u> pedirle que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.....	269
Sección 5.3	Si damos de baja su inscripción en nuestro plan, tiene derecho a presentar una queja.....	269

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Este capítulo se refiere a la finalización de su inscripción en nuestro plan.
--------------------	--

Finalizar su inscripción en FHCP Medicare Premier Advantage puede ser **voluntario** (su elección) o **involuntario** (no su elección):

- Usted podría retirarse de nuestro plan porque decidió que *desea* hacerlo.
 - Solo existen algunos periodos del año, o determinadas situaciones, en los que puede finalizar voluntariamente su membresía del plan. La Sección 2 le indica *cuándo* puede finalizar su inscripción al plan.
 - El proceso para finalizar voluntariamente su inscripción varía según el tipo de la nueva cobertura que elija. La Sección 3 le indica *cómo* finalizar su afiliación en cada situación.
- También existen algunas situaciones limitadas donde usted no decide retirarse del plan, pero nos vemos obligados a finalizar su inscripción. La Sección 5 brinda información sobre situaciones en las que debemos finalizar su inscripción.

Si se retira de nuestro plan, debe seguir obteniendo atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su inscripción.

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

Usted puede finalizar su inscripción en nuestro plan solo durante determinados momentos del año, denominados periodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de salir del plan durante el período de inscripción anual y durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En determinadas situaciones, también puede ser elegible para retirarse del plan en otros momentos del año.

Sección 2.1	Puede finalizar su inscripción durante el período de inscripción anual.
--------------------	--

Usted puede finalizar su inscripción durante el **período de inscripción anual** (también denominado “período de inscripción abierta anual”). Este es el periodo en que debería revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión acerca de su cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el período de inscripción anual?** Tiene lugar del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía del plan

- **¿A qué tipo de plan puede pasarse durante el período de inscripción anual?** Puede optar por mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
 - Medicare Original *con* un plan de medicinas recetadas de Medicare independiente.
 - - *o* - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
 - **Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que se haya excluido de la inscripción automática.

Nota: Si da de baja su inscripción en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare y carece de cobertura acreditable de medicamentos recetados durante un período de 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, tanto como lo que ofrece la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información acerca de la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su inscripción?** Su inscripción finalizará cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede finalizar su inscripción durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage.

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Cada año, del 1.º de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede pasarse durante el período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Durante este tiempo, usted puede:
 - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía del plan

- **¿Cuándo finalizará su inscripción?** Su membresía finalizará el primer día del mes posterior a su inscripción a un plan diferente de Medicare Advantage o a que obtengamos su solicitud de transferencia a Medicare Original. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su inscripción en el plan de medicamentos empezará el primer día del mes después de que el plan recibe su solicitud de inscripción.

Sección 2.3	En determinadas situaciones, puede finalizar su inscripción durante un período de inscripción especial.
--------------------	--

En determinadas situaciones, los miembros de FHCP Medicare Premier Advantage pueden ser elegibles para finalizar su inscripción en otros momentos del año. Esto se denomina **Período de Inscripción Especial**.

- **¿Quién es elegible para un período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted, puede ser elegible para finalizar su membresía durante un Período de Inscripción Especial. Estos son solo algunos ejemplos; para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
 - Por lo general, si se ha mudado.
 - Si tiene Medicaid.
 - Si es elegible para recibir “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos recetados de Medicare.
 - Si violamos nuestro contrato con usted.
 - Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo.
 - Si se inscribe en el Programa de Cuidado de la Salud Todo Incluido para Adultos Mayores (PACE).
 - **Nota:** Si participa en un programa de manejo de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le brinda más información sobre los programas de manejo de medicamentos.
- **¿Cuándo son los períodos de inscripción especiales?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para averiguar si es elegible para un Período de Inscripción Especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para finalizar su inscripción debido a una situación especial, puede decidir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía del plan

- Medicare Original *con* un plan de medicinas recetadas de Medicare independiente.
- - *o* - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.

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

Nota: Si da de baja su inscripción en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare y carece de cobertura acreditable de medicamentos recetados durante un periodo de 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se inscribe a un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, tanto como lo que ofrece la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información acerca de la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su inscripción?** Por lo general, su inscripción finalizará el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de cambio de plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su inscripción?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede finalizar su inscripción:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare y usted 2022*.
 - Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare y usted 2022* en el otoño de cada año. Las personas que recién ingresan en Medicare la reciben en el término de un mes después de inscribirse.
 - También puede descargar una copia a través del sitio de Internet de Medicare (www.medicare.gov). O bien puede solicitar una copia impresa llamando a Medicare al número que aparece a continuación.
- Puede comunicarse con **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 ¿Cómo puede finalizar su inscripción en nuestro plan?

Sección 3.1 Por lo general, usted finaliza su inscripción afiliándose a otro plan.

Por lo general, para finalizar su inscripción a nuestro plan, simplemente se inscribe en otro plan de Medicare durante uno de los periodos de inscripción (consulte la Sección 2 para obtener información sobre los periodos de inscripción). Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar que se dé de baja su inscripción de nuestro plan. Hay dos maneras de solicitar que se dé de baja su afiliación:

- Nos puede presentar una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita obtener más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).
- --o-- Se puede comunicar con 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.

Nota: Si da de baja su inscripción en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare y carece de cobertura acreditable de medicamentos recetados durante un periodo de 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se inscribe a un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, tanto como lo que ofrece la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información acerca de la multa por inscripción tardía.

La tabla que aparece a continuación explica cómo debe finalizar su inscripción a nuestro plan.

Si desea pasarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">• Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su inscripción en FHCP Medicare Premier Advantage se dará de baja automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Si desea pasarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">• Medicare Original <i>con</i> un plan de medicinas recetadas de Medicare independiente.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su inscripción en FHCP Medicare Premier Advantage se dará de baja automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">• Medicare Original <i>sin</i> un plan de medicinas recetadas de Medicare independiente.<ul style="list-style-type: none">○ Nota: Si da de baja su inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare y carece de cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información acerca de la multa por inscripción tardía.	<ul style="list-style-type: none">• Envíenos una solicitud escrita para dar de baja a su inscripción. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita obtener más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).• Puede comunicarse con Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se dé de baja su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.• Su inscripción en FHCP Medicare Premier Advantage se dará de baja cuando comience su cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su inscripción, debe seguir obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.

Sección 4.1 Hasta que finalice su inscripción, usted sigue siendo miembro de nuestro plan.
--

Si se retira de FHCP Medicare Premier Advantage, puede transcurrir un tiempo antes de que finalice su inscripción y entre en vigencia su nueva cobertura de Medicare. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este período, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía del plan

- **Debe seguir usando las farmacias de nuestra red para obtener sus medicamentos recetados hasta que finalice su inscripción en nuestro plan.** Por lo general, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si se obtienen en una farmacia de la red incluidos nuestros servicios de orden de farmacia por correo.
- Si lo hospitalizan el día en que finaliza su inscripción, su hospitalización, por lo general, estará cubierta por nuestro plan hasta que sea dado de alta (**incluso si es dado de alta después de que comience su nueva cobertura de salud**).

SECCIÓN 5 FHCP Medicare Premier Advantage debe finalizar su inscripción en el plan en ciertas situaciones.

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos dar de baja su inscripción en el plan?

FHCP Medicare Premier Advantage **debe finalizar su inscripción en el plan en cualquiera de las siguientes situaciones:**

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de cobertura.
- Si se muda fuera del área de cobertura durante más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, debe llamar a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja forma parte del área de nuestro plan. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que tiene y que brinda cobertura de medicamentos recetados
- Si, de manera intencional, nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y dicha información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos pedirle que se retire de nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si se comporta de manera inapropiada continuamente, y esto nos dificulta brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos pedirle que se retire de nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si usted permite que alguien más use su tarjeta de miembro para recibir atención médica. (No podemos pedirle que se retire de nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía del plan

- Si damos de baja su inscripción por esta razón, Medicare puede solicitar al inspector general que investigue su caso.
- Falta de pago de las primas del plan
 - Es posible que todos los saldos vencidos deban pagarse para renovar automáticamente su póliza para el próximo año calendario.
- Si se requiere que pague el monto adicional de la Parte D debido a su ingreso y usted no lo paga, Medicare cancelará su inscripción de nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su inscripción:

- Puede llamar a **Servicios para Miembros** para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 5.2 No podemos pedirle que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

FHCP Medicare Premier Advantage no tiene permitido pedirle que deje nuestro plan por alguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si considera que se le solicita que se retire de nuestro plan por una razón relacionada con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Si damos de baja su inscripción en nuestro plan, tiene derecho a presentar una queja.

Si damos de baja su inscripción en nuestro plan, debemos informarle nuestras razones por escrito para finalizar su inscripción. También debemos explicar cómo puede presentar un reclamo o una queja acerca de nuestra decisión de finalizar su inscripción. También puede consultar en la Sección 10 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre las leyes vigentes	272
SECCIÓN 2	Aviso de no discriminación	272
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación de pagador secundario de Medicare.....	275
SECCIÓN 4	Ausencia de responsabilidad del miembro.....	275
SECCIÓN 5	Derechos de subrogación adicionales	275
SECCIÓN 6	Aviso sobre FHCP Medicare Premier Advantage y Blue Cross and Blue Shield Association	276

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes

Varias leyes son aplicables a esta *Constancia de Cobertura* y algunas disposiciones adicionales podrían aplicarse porque la ley así lo establece. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no se incluyan ni expliquen en este documento. La principal ley que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las reglamentaciones creadas por los Centros de servicio a los programas de Medicare y Medicaid, o CMS, en el marco de esta Ley. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que usted reside.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen de la discriminación o del trato injusto. **No discriminamos** por motivos de raza, grupo étnico, origen nacional, color, religión, orientación sexual, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de cobertura. Todas las organizaciones que ofrecen planes 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 contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, el artículo 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben financiamiento federal y las demás leyes y reglamentaciones que sean aplicables por cualquier otro motivo.

Si desea mayor información o tiene dudas acerca de la discriminación o 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 de Derechos Civiles.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda en cuanto al acceso a la atención, llámenos a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si tiene una queja, como un problema relacionado con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

Notificación de la Sección 1557: La discriminación es ilegal

FHCP Medicare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. FHCP Medicare no excluye a las personas ni las trata diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

FHCP Medicare:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas

Capítulo 11. Avisos legales

- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese al siguiente número telefónico:

- FHCP Medicare: 1-833-866-6559

Si cree que FHCP Medicare no ha proporcionado estos servicios o que ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a:

FHCP Medicare
Civil Rights Coordinator
PO Box 9910
Daytona Beach, FL 32120
Teléfono: 1-844-219-6137
TTY: 1-800-955-8770
Fax: 1-386-676-7149
Correo electrónico: [**rights@fhcp.com**](mailto:rights@fhcp.com)

Puede presentar un reclamo en persona, por correo, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en [**https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf), o por correo o teléfono en:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamo están disponibles en [**http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

ATENCIÓN: Si habla inglés, tiene a su disposición servicios de asistencia con el idioma sin cargo. Llame al **1-833-866-6559**. (TTY: **1-800-955-8770**)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-833-866-6559** (TTY: **1-800-955-8773**).

Capítulo 11. Avisos legales

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-833-866-6559 (TTY: 1-800-955-8770).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-833-866-6559 (TTY: 1-800-955-8770).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-833-866-6559 (TTY: 1-800-955-8770).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-833-866-6559 (TTY: 1-800-955-8770)

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-833-866-6559 (ATS : 1-800-955-8770).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-833-866-6559 (TTY: 1-800-955-8770).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-833-866-6559 (телетайп: 1-800-955-8770).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 6559-866-833-1 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-955-8770).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-833-866-6559 (TTY: 1-800-955-8770).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-833-866-6559 (TTY: 1-800-955-8770).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-833-866-6559 (TTY: 1-800-955-8770)번으로 전화해 주십시오.

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-833-866-6559 (TTY: 1-800-955-8770).

सुचना: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-833-866-6559 (TTY: 1-800-955-8770).

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-833-866-6559 (TTY: 1-800-955-8770).

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. De acuerdo con las reglamentaciones de los CMS establecidas en los artículos 422.108 y 423.462 del Título 42 del CFR, FHCP Medicare Premier Advantage, como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el secretario en virtud de las reglamentaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección prevalecerán sobre cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Ausencia de responsabilidad del miembro

En el caso de que no reembolsemos los cargos de un proveedor médico contratado por servicios cubiertos o en el caso de que no paguemos a un proveedor médico no contratado por servicios autorizados previamente, usted no será responsable de ninguna suma que adeudemos nosotros. Usted solo será responsable de los coseguros, copagos y deducibles que se especifican en este documento.

Sin embargo, si recibe servicios de un proveedor médico no contratado sin autorización previa, excepto servicios de emergencia, servicios de urgencia o servicios de diálisis fuera del área, ni FHCP Medicare ni Medicare pagarán esos servicios. Además, si celebra un contrato privado con un proveedor médico no contratado, ni FHCP Medicare ni Medicare pagarán por esos servicios.

SECCIÓN 5 Derechos de subrogación adicionales

Como parte de este acuerdo, FHCP Medicare conserva su derecho a cobrarse de cualquier tercero las cantidades pagadas por beneficios que usted recibe en el marco de este acuerdo y que el tercero está obligado a pagar. Este es el derecho de subrogación de FHCP Medicare. En el caso de que se realicen pagos, presten servicios o provean suministros a un miembro o en su nombre, FHCP Medicare, en lo que respecta a cualquiera de esos pagos, servicios o suministros, deberá subrogarse en todas las acciones y en todos los derechos de recuperación que pueda tener o tenga el miembro contra cualquier persona u organización como resultado de dicho pago, o de los servicios o suministros brindados. Esos derechos de subrogación se extienden y aplican a cualquier acuerdo de reclamación, independientemente de si se inició una litigación. El miembro deberá cumplimentar y entregar de inmediato los instrumentos y documentos relacionados con los derechos de subrogación que pueda exigir FHCP Medicare. Además, el miembro debe notificar de inmediato a FHCP Medicare de cualquier negociación de acuerdo antes de celebrar un acuerdo de conciliación que pueda afectar los derechos de subrogación de FHCP Medicare. Asimismo, bajo ningún concepto un miembro debe omitir tomar una acción cuando esta sea apropiada, ni debe tomar ninguna acción que pueda perjudicar los derechos de subrogación de FHCP Medicare. Ninguna renuncia, exoneración de responsabilidad, conciliación u otra documentación que firme el miembro sin notificación y aprobación previas de FHCP Medicare será vinculante para FHCP Medicare. En cualquier caso, FHCP Medicare conserva el derecho de

Capítulo 11. Avisos legales

recuperar dichos pagos o el valor razonable de los servicios cubiertos que se hayan suministrado, de cualquier persona u organización hasta el máximo permitido por la ley. Con respecto a los servicios cubiertos que se han suministrado, FHCP Medicare tendrá derecho al reembolso del valor razonable de dichos servicios, como se determina en la tarifa por servicio prestado.

**SECCIÓN 6 Aviso sobre FHCP Medicare Premier Advantage y
Blue Cross and Blue Shield Association**

Usted, como miembro de este plan, acepta expresamente por medio del presente que comprende que este plan constituye un contrato exclusivo entre usted y FHCP Medicare, que es una corporación independiente que opera con licencia de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes Blue Cross and Blue Shield independientes (la “Asociación”), que permite que FHCP Medicare use las marcas de servicio de Blue Cross and Blue Shield en el estado de Florida, y que FHCP Medicare no está contratando como agente de la Asociación. Además, reconoce y acepta que no ha ingresado en este plan basándose en afirmaciones de alguien que no sea FHCP Medicare y que usted no responsabilizará a ninguna persona, entidad u organización que no sea FHCP Medicare por cualquier obligación que FHCP Medicare contraiga con usted en virtud de este plan. Este párrafo no supondrá ninguna obligación adicional de parte de FHCP Medicare que no sean aquellas obligaciones contraídas conforme a otras disposiciones de este acuerdo.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Monto permitido: la tarifa de pago contratada acordada entre el proveedor de **atención médica** y la compañía de **seguros**.

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de proporcionar servicios de cirugía ambulatoria para pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía se espera que no exceda las 24 horas.

Período de Afiliación Anual: Un tiempo establecido cada otoño cuando los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicinas o cambiar a Original Medicare. El Período de Inscripción Anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Apelación: una apelación es lo que usted presenta cuando no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados, o pago por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un artículo, un servicio o un medicamento que usted considera que debería recibir. El Capítulo 9 explica qué son las apelaciones, incluido el proceso necesario para presentar una apelación.

Facturación del saldo: situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le cobra al paciente más que la cantidad de costo compartido por los servicios. Como miembro de FHCP Medicare Premier Advantage, solo tiene que pagar las cantidades de costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores "facturen el saldo" o le cobren a usted más allá de la cantidad del costo compartido que su plan dice debe pagar.

Periodo de Beneficio: la forma que tanto nuestro plan y Medicare Original mide su uso de los servicios de centros de cuidados médicos especializados (SNF). Un período de beneficios empieza el día en que usted es internado en un centro de enfermería especializada. El periodo de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención de un centro de cuidados médicos especializados durante 60 días consecutivos. Un nuevo período empieza si usted ingresa en un centro de enfermería especializada después de que ha finalizado un período de beneficios. No hay límite en la cantidad de periodos de beneficios.

Medicamento de Marca: **Un medicamento recetado cuya fabricación y comercialización dependen de la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento.** Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros laboratorios farmacéuticos, y generalmente no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca haya vencido.

Año calendario: el período que comienza el 1.º de enero y finaliza doce (12) meses consecutivos después, el 31 de diciembre.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos: aquella etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en que usted abona un copago o coseguro bajo por sus medicamentos, después de que usted u otro tercero autorizado para actuar en su nombre hayan gastado \$7,050 en medicamentos cubiertos durante el año de la cobertura.

Centros de Servicio a los Programas de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo contactar al CMS.

Coseguro: cantidad que puede tener que pagar como su parte del costo por servicios o medicamentos recetados. Por lo general, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, 20 %).

Queja - La manera formal de decir “presentar una queja” es “iniciar un reclamo”. El proceso de quejas se usa *únicamente* para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y la atención al cliente que recibe. También consulte “reclamo”, en esta lista de definiciones.

Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF): centro que principalmente brinda servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y proporciona diversos servicios, incluidos 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: cantidad que puede tener que pagar como su parte del costo por un servicio médico o suministro, como una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. Un copago es una cantidad fija y no un porcentaje. Por ejemplo, podría pagar \$10 o \$20 por la visita a un médico o por un medicamento recetado.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a la cantidad que debe pagar un miembro cuando recibe medicamentos o servicios. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier deducible que imponga un plan antes de cubrir los servicios o los medicamentos; (2) cualquier “copago” fijo que exija un plan cuando se reciba un servicio o un medicamento en particular; o (3) cualquier “coseguro”, un porcentaje de la cantidad total pagada por un medicamento o un servicio, que exija un plan cuando se reciba un servicio o un medicamento en particular. Una “tarifa diaria de costo compartido” puede aplicar cuando su médico receta suministro para menos de un mes de ciertos medicamentos para usted y se requiere que pague un copago.

Nivel de Costo Compartido: Todas los medicamentos que forman parte de la lista de medicamentos cubiertos se encuentran en uno de los cuatro niveles de costo compartido. Por lo general, cuanto más alto es el nivel de costo compartido, más alto es el costo que tiene que pagar por el medicamento.

Determinación de cobertura: decisión acerca de si el plan le cubre o no a usted un medicamento recetado y, si correspondiera, la cantidad que usted debe pagar por el medicamento recetado. En general, si lleva su receta médica a una farmacia y ahí le informan que su plan no cubre el medicamento recetado, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan "decisiones de cobertura" en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos Cubiertos: **El término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados que cubre nuestro plan.**

Servicios cubiertos: el término general que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que cubre nuestro plan.

Cobertura Acreditada de Medicamentos Recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, por parte de un empleador o sindicato) que promete pagar, en promedio, al menos tanto como lo que cubre la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se vuelven elegibles para Medicare, generalmente, pueden mantener dicha cobertura sin pagar una multa, si deciden, más adelante, inscribirse en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cuidado de custodia: el cuidado de custodia es aquel que es brindado en un centro de cuidados médicos no especializados, centro para enfermos terminales u otro centro cuando usted no requiere atención médica o de cuidados médicos especializados. El cuidado de custodia es el cuidado personal que lo pueden proporcionar personas que no tienen las habilidades o la capacitación profesional, tales como ayudar con actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, moverse dentro o fuera de una cama o silla de ruedas, movilizarse y usar el baño. También puede incluir la clase de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas practican por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Tarifa diaria de costo compartido: una "tarifa diaria de costo compartido" puede ser aplicable cuando su médico le recete una cantidad menor al suministro mensual completo de algunos medicamentos y se ve obligado a pagar un copago. Una tarifa diaria de costo compartido es el copago dividido por el número de días en un suministro de un mes. A continuación, un ejemplo: Si su copago para suministro de un mes de un medicamento es de \$30 y un suministro de un mes en su plan es 30 días, luego su "tarifa diaria de costo compartido" es \$1 por día. Esto quiere decir que paga \$1 por suministro de cada día cuando surte su receta.

Baja o dar de baja: el proceso de finalizar su inscripción en nuestro plan. La baja de la inscripción puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (sin decisión propia).

Tarifa de abastecimiento: una tarifa que se cobra cada vez que se abastece un medicamento cubierto para pagar por el costo de obtener un medicamento recetado. La tarifa de abastecimiento cubre costos como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar el medicamento recetado.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos que su médico solicita por razones de salud. Algunos ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla,

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica es una situación en la que usted o cualquier otra persona no profesional prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina consideran que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son: 1) prestados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Constancia de cobertura (EOC) e Información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, explica su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Excepción: tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no forma parte del formulario del patrocinador de su plan (una excepción del formulario) o le permite conseguir un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que pide, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción del formulario).

Exclusión: artículos o servicios que FHCP Medicare no cubre. Usted es responsable de pagar los artículos o servicios excluidos.

Procedimientos y artículos experimentales: los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que Medicare ha determinado que no son generalmente aceptados por la comunidad médica. Al decidir si un servicio o artículo es experimental, FHCP Medicare se guiará por los manuales de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o por las decisiones ya tomadas por Medicare. Con la excepción de los procedimientos y artículos en el marco de ensayos clínicos aprobados, los procedimientos y artículos experimentales no están cubiertos en virtud de esta Constancia de cobertura.

Ayuda Adicional: un programa de Medicare que ayuda a que las personas con ingresos y recursos limitados paguen los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, tales como primas, deducibles y coaseguro.

FHCP Medicare: plan HMO ofrecido por Florida Blue Medicare, Inc., que opera bajo el nombre FHCP Medicare, y administrado por Florida Health Care Plan, Inc.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Medicamento Genérico: Un medicamento recetado que cuenta con la aprobación de la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) por contener el (los) mismo(s) ingrediente(s) activo(s) que el medicamento de marca. Por lo general un medicamento “genérico” es igual de efectivo que un medicamento de marca y suele costar menos.

Reclamo - Un tipo de queja que usted presenta sobre nosotros o una de las farmacias de nuestra red, incluida una queja relativa a la calidad de su atención. Este tipo de queja no abarca disputas por cobertura ni pago.

Ayudante de Atención Médica en el Hogar: el ayudante de atención médica en el hogar brinda servicios para los que no se requieren las habilidades de un enfermero o terapeuta licenciados, como es la ayuda con los cuidados personales (p. ej., bañarse, vestirse, ir al baño o hacer los ejercicios recomendados). Los ayudantes de atención médica en el hogar no cuentan con una licencia de enfermería ni brindan terapia.

Centro para enfermos terminales: un miembro que tiene 6 meses o menos de tiempo de vida tiene derecho a elegir un centro para enfermos terminales. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros para enfermos terminales en su área geográfica. Si elige un centro de para enfermos terminales y continúa pagando las primas, usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos. El centro para enfermos terminales proporcionará un tratamiento especial para su estadía.

Hospitalización: estadía en el hospital cuando usted ha sido formalmente internado en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, es posible que se lo siga considerando como "paciente ambulatorio".

Hospitalista: proveedor que se especializa en tratar pacientes cuando están en el hospital y que puede coordinar la atención de un paciente cuando es ingresado en un hospital de FHCP Medicare.

Montos de Ajuste Mensuales Relacionados con el Ingreso (IRMAA) - Si su ingreso bruto ajustado modificado como se reportó en su declaración de impuestos ante el IRS hace dos años es superior a cierta cantidad, pagará una cantidad de prima estándar y un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos, también conocido como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount). IRMAA es un cargo adicional que se suma a su prima. Menos del 5 % de las personas que tienen Medicare se ven afectadas, de manera que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura de acuerdo con la Etapa de Cobertura Inicial.

Etapa de Cobertura inicial: esta es la etapa anterior al momento en que sus gastos totales de medicamentos hayan alcanzado para el año el límite de \$4,430, incluidas las cantidades que usted haya pagado y lo que su plan haya pagado en su nombre.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Decisión inicial: en general, una decisión de FHCP Medicare, o de una persona que actúa en nombre de FHCP Medicare, de aprobar o denegar un pago por un servicio o una solicitud de prestación de un servicio realizada por usted o en su nombre.

Período de inscripción inicial: cuando usted acaba de hacerse elegible para Medicare, es el período durante el cual puede inscribirse en la Parte A y en la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que empieza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o “Lista de Medicamentos”): un listado de los medicamentos cubiertos por el plan. Nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de esta lista. La lista incluye medicamentos genéricos y de marca.

Subsidio por Bajos Ingresos (LIS): consulte “Ayuda Adicional”.

Cargo máximo: el monto máximo que se le puede facturar por un servicio.

Gasto máximo de desembolso: lo máximo que usted paga como gasto de desembolso durante el año calendario por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B dentro de la red. Los montos que paga por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no se tienen en cuenta para el gasto máximo de desembolso. Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener más información acerca del gasto máximo de desembolso.

Medicaid (o Asistencia Médica): es un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de cuidados de la salud están cubiertos si califica tanto para Medicare como para Medicaid. Ver Capítulo 2, Sección 6 para información acerca de cómo contactar a Medicaid en su estado.

Director médico: proveedor con licencia que es responsable de la calidad en general de la atención médica que proporcionamos.

Indicación Medicamento Aceptada: un uso del medicamento ya sea aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o apoyado por ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación medicamento aceptada.

Necesario desde el punto de vista médico: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: El programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, ciertas personas menores de 65 años con alguna discapacidad, y personas con Enfermedad Renal Terminal (en general, aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o un Medicare Advantage Plan.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: período determinado cada año en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage es del 1.º de enero al 31 de marzo y también está disponible durante 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): en ocasiones, denominado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proveerle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un Plan HMO, PPO, un plan Privado de Tarifa por Servicio Prestado (PFFS, por sus siglas en inglés) o un plan de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos de Medicare (MSA, por sus siglas en inglés). Cuando está afiliado a un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan en virtud de Original Medicare. En la mayor parte de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicinas recetadas). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados**. Toda persona que tenga la Parte A y la Parte B de Medicare es elegible para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Plan de Costos de Medicare: un Plan de Costos de Medicare es un plan operado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Plan Médico Competitivo (CMP) de acuerdo con un contrato de reembolso de costos bajo la sección 1876(h) de la Ley.

Programa de Descuentos para la Brecha en la Cobertura de Medicare (Medicare Coverage Gap Discount Program): un programa que proporciona descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D a los miembros en la Parte D que hayan alcanzado la Etapa de Brecha en la Cobertura y que aún no estén recibiendo “Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno Federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por este motivo, la mayoría de los medicamentos de marca, pero no todos, tienen descuento.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes médicos de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindar beneficios de la Parte A y de la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye a todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los programas piloto/de demostración y los programas de cuidado de la salud todo incluido para adultos mayores (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D de Medicare): **Es un seguro para ayudar a los pacientes ambulatorios a pagar las medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A ni la Parte B de Medicare.**

Póliza “Medigap” (Seguro Suplementario a Medicare): **Seguro suplementario a Medicare que venden las compañías de seguros privadas para cubrir “ausencias” en Medicare Original.** Las pólizas Medigap funcionan únicamente con Medicare Original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): persona que tiene Medicare, que es elegible para obtener servicios cubiertos, que se afilió a nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios para Miembros: departamento dentro de nuestro plan, que se encarga de responder sus preguntas sobre la membresía, los beneficios, los reclamos y las apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Atención al Cliente..

Farmacia de la red: Una farmacia de la red es aquella donde los miembros de nuestro plan pueden obtener **sus beneficios de medicamentos recetados.** Las denominamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados solo están cubiertos si los obtiene en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la Red: “Proveedor” es el término general que utilizamos para referirnos a los médicos, hospitales y otros centros y profesionales de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para brindar servicios de atención médica. Los denominamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago en su totalidad y, en algunos casos, para coordinar y brindar cuidados médicos cubiertos al Cliente de nuestro plan. Nuestro plan les paga a los proveedores de la red según los acuerdos que tenga con ellos o si estos acuerdan ofrecerle a usted cuidados médicos que están cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Ausencia sin aviso: cita a la que no se presenta con un proveedor de FHCP en la que el miembro no ha notificado al proveedor de dicha cancelación al menos 24 horas antes de la cita.

Visita al consultorio: visita para servicios cubiertos a su PCP, especialista, otro proveedor del plan o a un proveedor que no pertenece al plan, con derivación.

Determinación de la organización: el plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando este toma una decisión acerca de si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto tiene que pagar usted por los servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Original Medicare (“Traditional Medicare” o Medicare con “tarifa por servicio prestado”): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no es un plan privado de salud, como los planes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

de medicamentos recetados y los planes Medicare Advantage. Con Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica de las cantidades establecidas por el Congreso. Usted puede visitar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga la suya. Medicare Original tiene dos partes: la Parte A (Seguro Hospitalario) y la Parte B (Seguro Médico), y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia Fuera de la Red: una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Tal como se explica en esta Constancia de Cobertura, la mayoría de los medicamentos que recibe de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se cumplan determinadas condiciones.

Proveedor o Centro Fuera de la Red: un proveedor o centro con el cual no hemos concertado coordinar o brindar los cuidados médicos cubiertos para los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, ni son propiedad de nuestro plan, ni operan mediante nuestro plan, ni tienen un contrato para prestarle servicios cubiertos. En el Capítulo 3 de este folleto, se explica el uso de proveedores o centros fuera de la red.

Costos a su cargo: Consulte la definición de “costo compartido” antes mencionada. El requisito de costo compartido del miembro por el cual debe pagar una parte de los servicios médicos o los medicamentos que recibe también se conoce como requisito de “costos a su cargo”.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Cuidado de la Salud Todo Incluido para Adultos Mayores) combina los servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo para las personas débiles para ayudarles a mantenerse independientes y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un centro de cuidados médicos no especializados) siempre que sea posible, mientras que reciben la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben tanto los beneficios de Medicare como los de Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte “plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: el Programa voluntario de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare. (Para mayor facilidad, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como Parte D).

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.** (Consulte su formulario para ver el listado específico de medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron específicamente excluidas por el Congreso de la cobertura de medicamentos de la Parte D.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Multa por inscripción tardía en la Parte D: cantidad que se suma a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si transcurren 63 días consecutivos o más sin que usted tenga cobertura acreditable (una cobertura que promete pagar, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare) desde que pasó a ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D. Usted pagará esta cantidad más alta durante el tiempo en que tenga un plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.

Costo compartido preferido: costo compartido más bajo para ciertos medicamentos cubiertos de la Parte D en ciertas farmacias de la red.

Plan de Organización de Proveedores Preferentes (PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferentes es un Plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han aceptado tratar a los miembros del plan por una cantidad de pago establecida. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores de la red o fuera de la red. La parte del costo compartido que le corresponde al miembro, por lo general, será mayor cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en los costos a su cargo por los servicios que usted recibe de los proveedores (preferidos) de la red y un límite mayor en sus costos combinados totales a su cargo por los servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Farmacia minorista preferida: farmacia de la red que ofrece medicamentos cubiertos para los miembros de nuestro plan a niveles de costo compartido más bajos que una farmacia minorista estándar de la red.

Prima: el pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de salud para la cobertura de la salud o de medicamentos recetados.

Proveedor de Atención Primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor que usted visita en primer lugar para la mayoría de sus problemas de salud. Este médico se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse sano. También puede que hable con otros médicos y proveedores de atención médica acerca de su cuidado y que usted sea derivado a ellos. En la mayoría de los planes de salud de Medicare, usted debe visitar a su médico de cabecera antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los proveedores de atención primaria.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener determinados servicios o medicamentos que pueden o no estar en nuestro formulario. Algunos servicios médicos dentro de la red solo están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtienen una “autorización previa” de nuestro plan. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, los servicios cubiertos que requieren autorización previa están marcados. Algunos medicamentos solo están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtienen una “autorización previa” de nuestra parte. Los medicamentos cubiertos que precisan una autorización previa están marcados en el formulario.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Prótesis de rehabilitación y ortótica: estos son dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para el brazo, la espalda y el cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales, y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros de ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para controlar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare. Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 para obtener información acerca de cómo contactar a la QIO de su estado.

Límites de Cantidad: Una herramienta de administración que se diseñó para limitar el uso de ciertos medicamentos por razones de calidad, seguridad u otros motivos de utilización. Para ciertos medicamentos, puede haber límites en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta médica o durante un período definido.

Derivación: aprobación de su PCP para que se atienda con un determinado especialista del plan o reciba ciertos servicios cubiertos de los proveedores del plan.

Servicios de Rehabilitación: estos servicios incluyen terapia física, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Área de cobertura: área geográfica en donde un plan de salud acepta miembros si sus límites de inscripción se basan en el lugar donde vive la gente. Para los planes que tienen un límite para los médicos y hospitales que puede usar, también es por lo general, el área donde puede recibir servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan puede dar de baja su inscripción si se muda de manera permanente fuera del área de cobertura del plan.

Atención en un Centro de Cuidados Médicos Especializados (SNF): cuidados médicos especializados y servicios de rehabilitación que se proporcionan continuamente, todos los días, en un centro de cuidados médicos especializados. Ejemplos de la atención en un centro de cuidados médicos especializados incluyen la terapia física o las inyecciones intravenosas que sólo pueden administrar una enfermera graduada o un médico.

Período de inscripción especial: tiempo establecido cuando los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o regresar a Original Medicare. Las situaciones en las que puede ser elegible para un período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de cobertura, si está recibiendo “Ayuda adicional” para afrontar los costos de los medicamentos recetados, si se muda a un centro de cuidados médicos no especializados o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Especialista: médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o una parte del cuerpo en particular. Los ejemplos incluyen oncólogos (atención para pacientes con cáncer), cardiólogos (cuidados para el corazón), y ortopedistas (cuidados para los huesos).

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Plan para Necesidades Especiales: un tipo especial de Plan Medicare Advantage que ofrece atención médica más orientada a grupos específicos de personas, como quienes tienen tanto Medicare como Medicaid, que viven en un centro de cuidados médicos no especializados o tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Costo compartido estándar: costo compartido que no es el costo compartido preferido ofrecido en una farmacia de la red.

Farmacia minorista estándar: farmacia de la red que ofrece medicamentos cubiertos para los miembros de nuestro plan a niveles de costo compartido más altos que una farmacia minorista preferida de la red.

Terapia Escalonada: **Una herramienta de utilización que le exige que primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico podría haber recetado inicialmente.**

Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI): Un beneficio mensual pagado por el Seguro social a las personas con ingresos y recursos limitados que sufren de discapacidades, son ciegas o tienen 65 años de edad o más. Los beneficios de SSI son diferentes de los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia necesarios: los servicios de urgencia necesarios se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica inesperada que no constituye una emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores dentro de la red o proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles ni accesibles temporalmente.

Servicios para Miembros de FHCP Medicare Premier Advantage

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAME AL	<p>1-833-866-6559</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8.00 a. m. a 8.00 p. m. hora local, los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados principales.</p> <p>El departamento de Atención a los Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación, que están disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>1-800-955-8770: este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8.00 a. m. a 8.00 p. m. hora local, los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados principales.</p>
FAX	1-386-676-7149
ESCRIBA A	<p>FHCP Medicare Atención: Atención al Cliente PO Box 9910 Daytona Beach, FL 32120</p>
SITIO DE INTERNET	<u>www.fhcpmedicare.com</u>

SHINE (Programa SHIP de Florida)

SHINE es un programa estatal que recibe financiamiento del gobierno federal para ofrecer orientación gratuita sobre seguros médicos a las personas de la comunidad que tienen Medicare

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-963-5337
TTY	1-800-955-8770: este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	<p>SHINE Program Department of Elder Affairs (Departamento de las Personas Mayores) 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000</p>
SITIO DE INTERNET	<u>www.floridashine.org</u>

Declaración de Divulgación de PRA Conforme a la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a la recopilación de información a menos que la solicitud de recopilación tenga un número válido de control de la OMB. El número válido de control de la OMB para esta recopilación de información es el 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.