AMERICAN HEALTH ADVANTAGE OF FLORIDA

2026



Evidencia de Cobertura

American Health Advantage of Florida (HMO I-SNP)

1 de enero de 2026 – 31 de diciembre de 2026

Teléfono gratuito: 1-855-521-0626 (usuarios de TTY/TDD llamen al 1-833-312-0046) Horario de atención: del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a 20:00, todos los días; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a 20:00, de lunes a viernes

FL.AmHealthPlans.com

MedicareRx Prescription Drug Coverage

La página se ha dejado en blanco intencionadamente

January 1 – December 31, 2026

Evidencia de Cobertura para 2026:

Sus beneficios y servicios médicos incluidos y cobertura de medicamentos de Medicare como asegurado de American Health Advantage of Florida (HMO I-SNP)

Este documento incluye información sobre su cobertura de servicios de atención médica y medicamentos de Medicare del 1.° de enero al 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender lo siguiente:

- La prima de nuestro plan y el costo compartido.
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos con receta.
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
- Cómo comunicarse con nosotros.
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Si tiene preguntas sobre este documento, llame Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046). El horario de atención es De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, del 1.° de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1.° de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.

Esta cobertura, American Health Advantage of Florida, es ofrecida por American Health Plan of Florida, Inc. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa American Health Plan of Florida, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa American Health Advantage of Florida).

Este documento está disponible en español sin costo.

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

Nuestro Formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarlo con al menos 30 días de anticipación.

Y0144_EOCFLP00126_SP_C

OMB Approval 0938-1051 (Expires: August 31, 2026)

Índice

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como asegurado..... 4
SECCIÓN 1 Usted es asegurado de American Health Advantage of Florida..... 4
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad de su plan.....5
SECCIÓN 3 Materiales importantes para asegurados 6
SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para American Health Advantage of Florida.....9
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan..... 13
SECCIÓN 6 Mantener nuestro plan registro de asegurados actualizado.....14
SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan..... 15

CAPÍTULO 2: Números telefónicos y recursos..... 17
SECCIÓN 1 American Health Advantage of Florida contactos 17
SECCIÓN 2 Cómo recibir ayuda de Medicare.....20
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP).....21
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (QIO)..... 22
SECCIÓN 5 Seguro Social..... 23
SECCIÓN 6 Medicaid..... 23
SECCIÓN 7 Programas que le ayudan a pagar sus medicamentos con receta.....24
SECCIÓN 8 Junta de Retiro Ferroviario (RRB).....26
SECCIÓN 9 Si tiene seguro grupal u otro seguro médico a través de un empleador.....27

CAPÍTULO 3: Uso de nuestro plan para sus servicios médicos.....28
SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como asegurado de nuestro plan..... 28
SECCIÓN 2 Atiéndase con proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica..... 29
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, durante una catástrofe o necesidad urgente de atención..... 33
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?.....35
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica..... 35
SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención con cobertura en un centro religioso no médico dedicado a la salud..... 37
SECCIÓN 7 Reglas de propiedad de equipo médico duradero..... 38

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)..... 40
SECCIÓN 1 Cómo entender sus costos de bolsillo por los servicios con cobertura.....40
SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos..... 42
SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones).....84

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D.....87
SECCIÓN 1 Reglas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan..... 87

SECCIÓN 2 Surta sus medicamentos con receta en una farmacia de la redo a través del servicio de pedidos por correo del plan..... 87
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan.....90
SECCIÓN 4 Restricciones en la cobertura de algunos medicamentos.....91
SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría..... 93
SECCIÓN 6 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año..... 94
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos.....96
SECCIÓN 8 Cómo surtir un medicamento con receta..... 97
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales..... 98
SECCIÓN 10 Programas sobre gestión y seguridad de los medicamentos..... 99

CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D..... 102
SECCIÓN 1 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D.....102
SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los asegurados de American Health Advantage of Florida.....104
SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra..... 104
SECCIÓN 4 Etapa del deducible.....106
SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial..... 106
SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.....109
SECCIÓN 7 Lo que paga por las vacunas de la Parte D..... 109

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.....111
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte de los costos de sus servicios o medicamentos con cobertura..... 111
SECCIÓN 2 Cómo debe solicitarnos que le realicemos un rembolso o que paguemos una factura que haya recibido..... 113
SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y le brindaremos una respuesta afirmativa o negativa.....114

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades..... 115
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales.....115
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como asegurado de nuestro plan.....120

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)..... 122
SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud.....122
SECCIÓN 2 Dónde conseguir más información y asistencia personalizada.....122
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe usar para tratar su problema?.....123
SECCIÓN 4 Guía sobre las decisiones de cobertura y apelaciones..... 123
SECCIÓN 5 Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación..... 126

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación....134
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando el alta demasiado pronto....143
SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finalizará demasiado pronto....148
SECCIÓN 9 Cómo seguir con su apelación al Nivel 3, 4 y 5....152
SECCIÓN 10 Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros problemas....155

CAPÍTULO 10: Finalización de su condición de asegurado en nuestro plan....159
SECCIÓN 1 Finalización de su condición de asegurado en nuestro plan....159
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su condición de asegurado en nuestro plan?....159
SECCIÓN 3 Cómo puede finalizar su condición de asegurado en nuestro plan....160
SECCIÓN 4 Hasta la finalización de su condición de asegurado, tiene que seguir recibiendo sus artículos, servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan....161
SECCIÓN 5 American Health Advantage of Florida debe finalizar su condición de asegurado en ciertas situaciones....161

CAPÍTULO 11: Avisos legales....164
SECCIÓN 1 Aviso sobre ley vigente....164
SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación....164
SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare. 164

CAPÍTULO 12: Definiciones....166

CAPÍTULO 1:
Primeros pasos como asegurado

SECCIÓN 1 Usted es asegurado de American Health Advantage of Florida

Sección 1.1 Actualmente está inscrito en American Health Advantage of Florida, que es un plan Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales)

Usted está cubierto por Medicare y decidió recibir su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos a través de American Health Advantage of Florida.

American Health Advantage of Florida 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.

American Health Advantage of Florida es un plan Medicare Advantage especializado (un plan de necesidades especiales Medicare Advantage), lo que significa que los beneficios están diseñados para personas con necesidades de atención médica especiales. American Health Advantage of Florida está diseñado para personas que viven en una institución (como un asilo) o que viven en la comunidad, pero necesitan un nivel de atención que generalmente se proporciona en un asilo.

Nuestro plan incluye proveedores especializados en el tratamiento de pacientes que necesitan este nivel de atención. Como asegurado de nuestro plan, usted obtiene beneficios especialmente personalizados y toda su atención está coordinada a través de nuestro plan.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo American Health Advantage of Florida cubre su atención médica. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre las modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan cláusulas adicionales o enmiendas.

El contrato es válido durante los meses en los que esté asegurado por American Health Advantage of Florida entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en nuestros planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de American Health Advantage of Florida después del 31 de diciembre de 2026. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en un área de servicio, después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) tiene que aprobar American Health Advantage of Florida todos los años. Usted puede seguir recibiendo cobertura de Medicare como asegurado de nuestra cobertura siempre y cuando decidamos seguir ofreciendo nuestra cobertura y Medicare renueve su aprobación de nuestra póliza.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad de su plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser asegurado de nuestro plan, siempre y cuando cumpla con estos requisitos:

- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Vive en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.2). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfica, aun si se encuentran físicamente en esta área.
- Si es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra de manera legal en los Estados Unidos.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades especializadas de las personas que necesitan un nivel de atención que se brinda, generalmente, en un asilo.

Usted es elegible para nuestro plan si cumple con *uno de estos* requisitos:

- Usted vive en un centro de cuidados disponible a través de nuestro plan. Consulte el *Directorio de proveedores* FL.AmHealthPlans.comde nuestro plan para obtener una lista de nuestros asilos contratados o llame a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046) y solicite que le enviemos una lista.
- Vive en su hogar y nuestro plan recibe la certificación de que usted necesita el tipo de atención que generalmente se brinda en un asilo.

Nota: Si pierde la elegibilidad para nuestro plan, pero se puede esperar razonablemente que recupere la elegibilidad en el plazo de un (1) mes, sigue siendo elegible para la membresía. La Sección 2 del Capítulo 4 le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante un período de elegibilidad continua implícita.

Sección 2.2 Área de servicio del plan para American Health Advantage of Florida

American Health Advantage of Florida está disponible solo para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo asegurado de nuestro plan, debe seguir residiendo en nuestra área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Florida: Broward, Charlotte, Citrus, Duval, Hillsborough, Lake, Manatee, Marion, Osceola, Palm Beach, Pasco, Pinellas, Sarasota, Seminole y Volusia

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo asegurado de este plan. Llame Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046) para ver si tenemos un plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

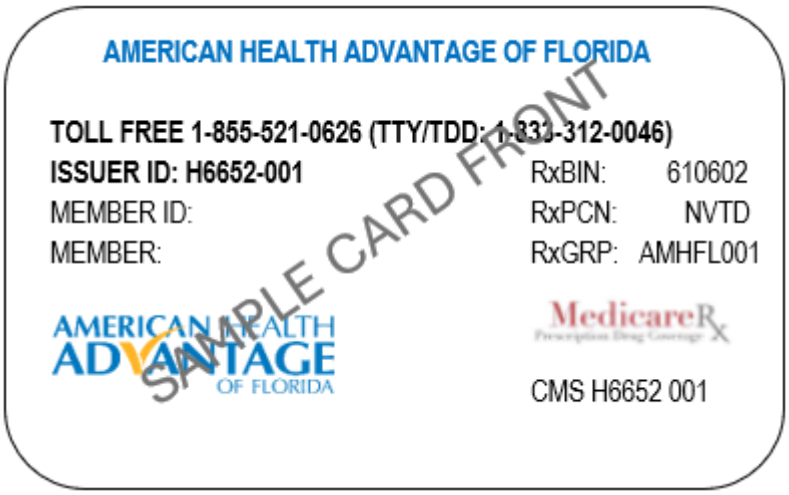
Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

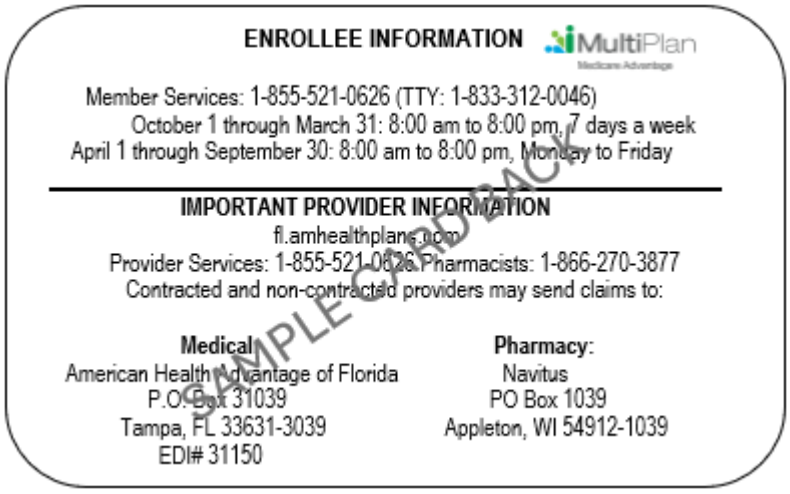
Debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente para estar asegurado por un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a American Health Advantage of Florida si usted no es elegible para permanecer como asegurado en base a esto. American Health Advantage of Florida tendrá que cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para asegurados

Sección 3.1 Nuestra tarjeta de asegurado del plan

Use su tarjeta de asegurado cada vez que reciba servicios con cobertura de nuestro plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si tiene una. Ejemplo de tarjeta de asegurado del plan:





NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de asegurado de American Health Advantage of Florida, es posible que deba pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también denominados ensayos clínicos.

Si su tarjeta de asegurado de la póliza está dañada, se le perdió o se la robaron, comuníquese con Departamento de Servicios para Asegurados de inmediato al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046) y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* () enumera los proveedores actuales de nuestra red y los proveedores de equipo médico duradero. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de salud que tienen contrato con nosotros para aceptar nuestros pagos y cualquier gasto compartido de alguna cobertura como pago total.

Debe utilizar proveedores de la red para obtener su atención y servicios médicos. Si acude a otro lugar sin la autorización adecuada, tendrá que pagar la totalidad. Las únicas excepciones son emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que American Health Advantage of Florida autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores y suministradores está disponible en nuestro sitio web en .

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (electrónica o impresa) de Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046). Los *Directorios de proveedores* solicitados en papel se le enviarán por correo postal dentro de los 3 días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

En el *Directorio de farmacias (que se encuentra en* FL.AmHealthPlans.com) se detallan las farmacias que forman parte de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han acordado surtir medicamentos con receta para los asegurados de nuestro plan. Use el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea. Consulte la Sección 2.4 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red de nuestro plan.

Si no tiene un *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia en Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web FL.AmHealthPlans.com.

Sección 3.4 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada Lista de medicamentos o formulario). Informa qué medicamentos con receta tienen cobertura conforme al beneficio de la Parte D incluido en American Health Advantage of Florida. Nuestra aseguradora selecciona los medicamentos de esta lista, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados en virtud del Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que se hayan eliminado y reemplazado como se describe en la Sección 6 del Capítulo 5. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de American Health Advantage of Florida.

La Lista de medicamentos también indica si existen restricciones para la cobertura de un medicamento.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada acerca de qué medicamentos se cubren, visite o llame a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046).

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para American Health Advantage of Florida

Costo	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 4.1 para obtener detalles.	$4.80
Deducible	$283 excepto para la insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero.
Monto máximo que paga de su bolsillo Esto será lo máximo que pagará de gasto de bolsillo para sus servicios con cobertura de la Parte A y Parte B. (Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener más información).	$9,250
Consulta de atención primaria	Usted paga nada por consulta.
Consultas al especialista	• Usted paga nada por las visitas realizadas en un centro de enfermería especializada (SNF) o en un centro de atención a largo plazo. • Usted paga el 20% del costo por las consultas realizadas en cualquier otro entorno.
Hospitalizaciones	Usted paga: • Un deducible de $1,736 para cada período de beneficios. • Copago de $0 por día para los días 1 a 60. • Copago de $434 por día para los días 61 a 90. • Copago de $868 por día para los días 91 en adelante.

Costo	2026 (próximo año)
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D Para obtener más información, consulte la Sección 4.	$615 para todos los medicamentos con receta de la Parte D, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener detalles, incluidas las Etapas de deducible anual, cobertura inicial y cobertura en situaciones catastróficas).	durante la etapa de cobertura inicial: • 25% de los costos para todos los medicamentos con receta de la Parte D. Usted paga $35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Cobertura para casos catastróficos: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4)
- Monto del ajuste mensual acorde a sus ingresos (Sección 4.5)
- Monto del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (Sección 4.6)

Sección 4.1 Prima del plan

Como asegurado de nuestro plan, paga una prima mensual del plan. Para el 2026, la prima mensual American Health Advantage of Florida es $4.80.

Si *ya* recibe ayuda de alguno de estos programas, **la información sobre las primas incluida en esta *Evidencia de cobertura*puede no aplica a usted**. Hemos y enviado un documento por separado, denominado *Cláusula de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta* (también denominado *Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*), que le informa acerca de la cobertura de sus medicamentos. . Si no tiene este inserto, llame Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046) y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

En algunas situaciones, nuestra prima del plan podría ser menor.

El programa Ayuda adicional ayuda a las personas de recursos limitados a pagar sus medicamentos. Obtenga más información sobre este programa en la Sección 7 del Capítulo 2. Si reúne los requisitos, la inscripción en uno de estos programas podría reducir la prima mensual del plan.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare varían para las personas que tienen distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual *Medicare & You2026* (Medicare y Usted), la sección titulada*2026Medicare Costs* (Costos de Medicare). Descargue una copia del sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you) o pida una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

A muchos miembros se les exige que paguen otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, **debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo asegurado de nuestro plan.** Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos asegurados deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D u otra cobertura para medicamentos acreditable. La cobertura para medicamentos acreditable es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura de la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos. Tendrá que pagar esta multa durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando se inscribe por primera vez a American Health Advantage of Florida, le informamos el monto de la multa.

Usted **no tiene** que pagar la multa por solicitud tardía de cobertura de la Parte D en estos casos:

- Recibe la Ayuda adicional de Medicare para pagar sus gastos en medicamentos.
- Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (VA). Su asegurador o el departamento de Recursos Humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar por carta o se la puede incluir en un boletín informativo del plan. Conserve esta información porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.

- **Nota:** Cualquier carta o aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta acreditable que se preveía que pagaría el mismo monto que el plan estándar para medicamentos de Medicare.
- **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos no son una cobertura para medicamentos con receta acreditable.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D. Esta es la manera en que funciona:

- Si estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, nuestro plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio del plan para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior (primaria del beneficiario nacional). Para 2026, este monto de la prima promedio es de $38.99.
- Para calcular la multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima base nacional para beneficiarios y redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14 % multiplicado por $38.99, que da $5.46. Esto debe redondearse a $4.50. Este monto se agregaría **a la prima mensual del plan en el caso de una persona que debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

Hay tres aspectos importantes por tener en cuenta con respecto a esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- **La multa puede cambiar cada año** porque la prima del beneficiario nacional puede cambiar cada año.
- **Usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si tiene *menos* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D será reajustada cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha consignada en la primera carta que reciba para indicarle que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si pagó una multa antes de inscribirse en nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto del ajuste mensual acorde a sus ingresos

Es posible que algunos asegurados deban pagar un cargo adicional, conocido como Monto del ajuste mensual acorde a sus ingresos de la Parte D (IRMAA). El cargo adicional se calcula al utilizar sus ingresos brutos ajustados modificados según lo informado en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años. Si este monto es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite https://www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si debe pagar un IRMAA adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de jubilación para ferroviarios o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague siempre su prima de nuestro plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Deberá pagar el IRMAA adicional al gobierno. No puede pagarse con la prima mensual del plan. Si no paga el IRMAA adicional, su inscripción en nuestra plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

Si está en desacuerdo con pagar un IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

Si está participando en el plan de pago de recetas de Medicare, cada mes pagará la prima del plan (si la tiene) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos con receta (en lugar de pagar en la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por cualquier receta que obtenga, además del saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que le restan del año.

Sección 7 del Capítulo 2 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 5.1 Reglas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan

Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

Generalmente, nuestro plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Deberá tener un proveedor (un médico, un dentista u otra persona autorizada a dar recetas) que emita la receta de sus medicamentos, los cuales deben ser válidos en virtud de la ley estatal.
- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta (consulte la Sección 2) de lo contrario, puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan en función de ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información)

Sección 5.2 La prima mensual de nuestro plan no cambiará durante el año

No podemos cambiar el monto de la prima mensual de nuestro plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la prima nueva entrará en vigencia el 1 de enero.

Si se vuelve elegible para recibir Ayuda adicional o pierde su elegibilidad para recibir Ayuda adicional durante el año, la parte de la prima del plan que tiene que pagar puede cambiar. Si califica para recibir Ayuda adicional con los costos de su cobertura de medicamentos, esta paga parte de la prima mensual del plan. Si pierde su elegibilidad para recibir Ayuda adicional durante el año, deberá comenzar a pagar la prima mensual del plan completa. En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa de Ayuda adicional.

SECCIÓN 6 Mantener nuestro plan registro de asegurados actualizado

Su registro de asegurados tiene información procedente de su formulario de solicitud de cobertura, incluida su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de asegurados para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus montos de costo compartido**. Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Si tiene alguno de estos cambios, háganoslo saber:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura médica que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación laboral o Medicaid).
- Cualquier reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si es ingresado en un centro de cuidados.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informarle a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si cualquier parte de esta información cambia, llame a Departamento de Servicios para Asegurados y háganoslo saber 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046).

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

Medicare nos exige recopilar información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios en virtud de nuestro plan. A esto se lo denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez por año, le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no está en la lista, llame a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046). Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de asegurado de nuestro plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), las normas de Medicare determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que paga primero (el “pagador primario”) paga hasta los límites de su cobertura. Quien paga en segundo lugar (el “pagador secundario”) solo paga si llegara a haber cargos no cubiertos por la cobertura primaria. El pagador secundario puede no pagar los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas se aplican al empleador o al plan de salud grupal del sindicato:

- Si tiene cobertura como jubilado, Medicare paga primero.

- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD):
  - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
  - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge o pareja doméstica todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

- seguro contra todo riesgo (seguro automovilístico incluido)
- responsabilidad legal (seguro automovilístico incluido)
- beneficios por neumoconiosis
- indemnización laboral

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

CAPÍTULO 2
Números telefónicos y recursos

SECCIÓN 1 American Health Advantage of Florida contactos

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de asegurado, llame o escriba a American Health Advantage of Florida Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046). Con gusto lo ayudaremos.

Servicios para Asegurados: información de contacto	
Teléfono	1-855-521-0626 Las llamadas a este número son gratuitas.De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, del 1.° de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1.° de abril al 30 de septiembre Departamento de Servicios para Asegurados (1-855-521-0626) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046) también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-833-312-0046 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, del 1.° de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1.° de abril al 30 de septiembre
Fax	1-855-417-9171
Correo postal	American Health Advantage of Florida 201 Jordan Rd Franklin, TN 37067
Sitio web	FL.AmHealthPlans.com

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o los medicamentos de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica o medicamentos de la Parte D: información de contacto	
Teléfono	1-855-521-0626 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, del 1.° de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1.° de abril al 30 de septiembre
TTY	1-833-312-0046 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, del 1.° de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1.° de abril al 30 de septiembre
Fax	1-844-280-5360
Correo postal	American Health Advantage of Florida 201 Jordan Rd Franklin, TN 37067 **Parte D:** Navitus Health Solutions PO Box 1039 Appleton, WI 54912-1039
Sitio web	FL.AmHealthPlans.com

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Quejas sobre la atención médica: información de contacto	
Teléfono	1-855-521-0626 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, del 1.° de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1.° de abril al 30 de septiembre
TTY	1-833-312-0046 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, del 1.° de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1.° de abril al 30 de septiembre
Fax	1-844-280-5360
Correo postal	American Health Advantage of Florida ATTN: Grievance and Appeals 201 Jordan Road Franklin, TN 37067
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre American Health Advantage of Florida directamente ante Medicare, visite https://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint.

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

Si recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o pagar la factura del proveedor. Consulte el Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Solicitudes de pago: información de contacto	
Teléfono	1-855-521-0626 De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, del 1.° de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1.° de abril al 30 de septiembre Las llamadas a este número son gratuitas.

Solicitudes de pago: información de contacto	
TTY	1-833-312-0046 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, del 1.° de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1.° de abril al 30 de septiembre
Fax	**Atención médica:** 1-844-280-5360 **Farmacia:** 1-855-668-8550
Correo postal	**Atención médica:** American Health Advantage of Florida ATTN: Grievance and Appeals 201 Jordan Road Franklin, TN 37067 **Farmacia:** Navitus Health Solutions PO Box 1039 Appleton, WI 54912-1039
Sitio web	FL.AmHealthPlans.com

SECCIÓN 2 Cómo recibir ayuda de Medicare

Medicare es el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

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

Medicare: información de contacto	
Teléfono	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chatear en vivo	Chatee en vivo en https://www.Medicare.gov/talk-to-someone.
Correo postal	PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

Medicare: información de contacto	
Sitio web	www.medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluido el costo y los servicios que brindan. • Encuentre médicos u otros proveedores de atención médica participantes en Medicare. • Descubra qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas y visitas anuales de "bienestar"). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, centros de hospicios, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede usar Medicare.gov para informar a Medicare acerca de cualquier queja que tenga sobre American Health Advantage of Florida: **Para presentar una queja ante Medicare,** ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare.En Florida, el SHIP se denomina Servicio a las necesidades de seguro médico de personas mayores (SHINE).

Servicio a las necesidades de seguro médico de personas mayores (SHINE) es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre los seguros médicos en su localidad a las personas que tienen Medicare.

Los asesores de Servicio a las necesidades de seguro médico de personas mayores (SHINE) pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, ayudarle a presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento y ayudarle a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de Servicio a las necesidades de seguro médico de personas mayores (SHINE) también pueden ayudarle con preguntas o problemas de Medicare y ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

Servicio a las necesidades de seguro médico de personas mayores (SHINE) Información de contacto	
Teléfono	1-800-963-5337
Correo postal	4040 Esplanade Way Ste 270 Tallahassee, FL 32399-7000
Sitio web	www.floridashine.org

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (QIO)

Una Organización para la mejora de la calidad (QIO) designada presta servicios a personas con Medicare en cada estado. En Florida, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Acentra Health .

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

Comuníquese con Acentra Health ante cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de inquietudes sobre la calidad de la atención incluyen obtener el medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finaliza demasiado pronto.

Teléfono	1-888-317-0751 Días de semana: de 9:00a.m. a 5:00 p. m.; fines de semana: de 11:00a.m. a 3:00p.m.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Correo postal	5201 West Kennedy Blvd Suite 900 Tampa, FL 33609
Sitio web	www.acentraqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

La Administración del Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de gestionar las solicitudes de cobertura de Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y residentes permanentes legales mayores de 65 años de edad, o que padezcan una discapacidad o una enfermedad renal terminal y cumplan con determinados problemas de salud, son elegibles para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la solicitud de cobertura en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, tiene que solicitar cobertura en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro social o dirigirse a su oficina local del Seguro social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar un monto adicional para la cobertura de medicamentos de la Parte D por tener ingresos superiores. Si recibió una carta del Seguro Social en la que se le informa que tiene que pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos disminuyeron debido a un suceso importante de la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informar dichos cambios.

Seguro Social: información de contacto	
Teléfono	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar gestiones durante las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.
Sitio web	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid. Medicaid ofrece programas que ayudan a las

personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de Ahorros de Medicare** incluyen lo siguiente:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también cumplen con los requisitos para los beneficios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario Especificado de Bajos Ingresos de Medicare (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (algunas personas con SLMB también cumplen con los requisitos para los beneficios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que reúne los requisitos (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores y personas discapacitadas calificados (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre los programas de ahorros de Medicaid y Medicare, comuníquese con Florida Medicaid.

Florida Medicaid : información de contacto	
Teléfono	1-850-300-4323 Días de semana: de 7:00 a. m. a 6:00 p. m.
Correo postal	ACCESS PO Box 1770 Ocala, FL 34478-1770
Sitio web	www.myflfamilies.com/service-programs/access/medicaid

SECCIÓN 7 Programas que le ayudan a pagar sus medicamentos con receta

El sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Los siguientes programas pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Ayuda adicional de Medicare

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado Ayuda adicional que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos para personas con ingresos y recursos limitados. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos. Esta Ayuda adicional también cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Si usted califica automáticamente para la Ayuda adicional, Medicare le enviará por correo una carta de color morado para informarle. Si no califica automáticamente, puede presentar la solicitud en cualquier momento. Para saber si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional:

- Visite https://secure.ssa.gov/i1020/start para presentar una solicitud en línea.

- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Cuando solicite Ayuda adicional, también puede iniciar el proceso de solicitud para un Programa de ahorros de Medicare (MSP). Estos programas estatales brindan ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que les indique que no lo hagan en la solicitud de Ayuda adicional.

Si califica para recibir Ayuda adicional y cree que está pagando un monto incorrecto por su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarle a obtener evidencia del monto de copago correcto. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarle a compartir esta evidencia con nosotros.

- Llame a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046) si desea solicitar ayuda para obtener la mejor evidencia disponible o si desea proporcionar evidencia.
- Cuando recibamos la evidencia que muestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta. Si paga de más su copago, le reembolsaremos el dinero, ya sea con cheque o con un crédito para copagos futuros. Si la farmacia no le cobró el copago y lo tiene registrado como una deuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Llame a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046) si tiene preguntas.

¿Qué ocurre si tiene Ayuda adicional y cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el sida (ADAP)?

El Programa de asistencia de medicamentos para el sida (ADAP) ayuda a que las personas que tienen VIH/sida tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también se encuentran en el formulario del ADAP cumplen con los requisitos para la asistencia de costos compartidos de los medicamentos con receta a través del Programa de asistencia de medicamentos para el Sida (ADAP) de Florida.

Nota: Para ser elegible para el ADAP de su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos (según lo establece el estado) y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su encargado local de inscripción del ADAP para que pueda continuar recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos con cobertura o cómo inscribirse en el programa, llame a Programa ADAP de Florida al 1-850-245-4422.

El plan de pago de recetas de Medicare

El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de bolsillo de sus medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos entre **los pagos mensuales que varían a lo largo del año calendario** (enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos)

puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos. Si está participando en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046) o visite www.Medicare.gov.

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare: información de contacto	
Teléfono	1-855-521-0626 Las llamadas a este número son gratuitas.De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, del 1.° de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1.° de abril al 30 de septiembre Departamento de Servicios para Asegurados (1-855-521-0626) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046) también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-833-312-0046 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, del 1.° de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1.° de abril al 30 de septiembre
Fax	1-855-417-9171
Correo postal	American Health Advantage of Florida 201 Jordan Rd Franklin, TN 37067
Sitio web	FL.AmHealthPlans.com

SECCIÓN 8 Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB), es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB), comuníquese con la agencia.

Junta de Retiro Ferroviario (RRB): información de contacto	
Teléfono	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, podrá hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB), de 9 a. m. a 3:30 p. m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a. m. a 12 p. m. los miércoles. Si presiona “1”, podrá acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

SECCIÓN 9 Si tiene seguro grupal u otro seguro médico a través de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios de su empleador/sindicato o a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

CAPÍTULO 3
Uso de nuestro plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como asegurado de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar nuestro plan para obtener atención médica cubierta. Para obtener detalles sobre qué atención médica cubre nuestro plan y cuánto debe pagar cuando recibe atención, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedor de la red y servicios con cobertura

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para prestar servicios y atención médica. El término "proveedores" también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos de médicos, hospitales y otros centros de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestros pagos y su monto de gastos compartidos como pago total. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios con cobertura a los asegurados de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Al consultar a un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **servicios con cobertura** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta que cubre nuestro plan. Los servicios con cobertura de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Sección 1.2 Reglas básicas para recibir atención médica con cobertura de nuestro plan

Como plan de salud de Medicare, American Health Advantage of Florida tiene que cubrir todos los servicios que cubre el Programa Original Medicare y seguir las reglas de cobertura de Original Medicare.

American Health Advantage of Florida cubrirá, por lo general, su atención médica siempre y cuando:

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

- **La atención que reciba se considera médicamente necesaria**. Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios, suministros o equipos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que le brinda atención y la supervisa.** Como asegurado de nuestro plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información, consulte la Sección 2.1).
- **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). 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). Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios que reciba. Existen 3 excepciones:
  - Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3.
  - Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que usted normalmente paga dentro de la red. En la mayoría de los casos, se requiere autorización previa para consultar a un proveedor fuera de la red. En esta situación, paga el mismo monto que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para más información sobre cómo obtener autorización para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
  - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor para este servicio no esté temporalmente disponible o no se pueda acceder a él. El costo compartido que paga a nuestro plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener los servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Atiéndase con proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica

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

¿Qué es un PCP y qué hace por usted?

Su proveedor de atención primaria (PCP) es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Este PCP se asegura de que usted reciba la

atención que necesita para mantenerse saludable. La función del PCP es proporcionar atención médica preventiva, enseñar opciones de estilo de vida saludables, identificar y tratar afecciones comunes, dirigirlo al mejor lugar para recibir atención médica, y también hablar con otros médicos y proveedores de atención médica y derivarlo a ellos.

Los proveedores que pueden servir como PCP incluyen: profesionales de medicina general, medicina para la familia, medicina interna, geriatría, asistentes médicos y enfermeros practicantes.

Su PCP coordinará los servicios con cobertura y lo dirigirá a especialistas. Algunos servicios prestados pueden requerir una autorización previa de la cobertura. Es responsabilidad del proveedor solicitar y obtener una autorización cuando sea necesario.

¿Cómo elegir un PCP?

Usted selecciona un PCP usando el Directorio de proveedores o con ayuda de Servicios para Asegurados (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual). Por lo general, usted selecciona un PCP al momento de solicitar cobertura indicando su selección de PCP en el formulario de solicitud de cobertura.

Cómo cambiar su PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y, en ese caso, deberá elegir un nuevo PCP.

Sección 2.2 Tipos de atención médica que puede obtener sin una remisión de su PCP

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una aprobación por adelantado de su PCP.

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red
- Vacunas contra la gripe y contra la COVID-19 Vacunas contra la hepatitis B y contra la neumonía siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia cubiertos por el plan son servicios que requieren atención médica inmediata (pero que no son emergencias) si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado su tiempo, su lugar y sus circunstancias, obtener este servicio de parte de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio de nuestro plan. (Si es posible, llame a

Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudar a coordinar los servicios de diálisis de mantenimiento mientras usted se encuentre fuera del área).

- Servicios de ambulancia que no sean de emergencia, específicamente del asilo o la residencia al hospital y del hospital al asilo o a la residencia.
- Servicios de salud mental para pacientes externos.
- Exámenes de audición y audífonos.
- Exámenes de la vista y artículos para la visión.
- Hay muchos otros servicios médicos que se pueden obtener sin la aprobación del PCP; consulte la Sección 2 del Capítulo 4 para obtener más información.

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

El especialista es un médico que presta servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

Su PCP ayuda a coordinar su atención médica, lo que incluye cuando usted necesita consultar a un especialista u otro proveedor.

- Para algunos servicios, es posible que su PCP u otro proveedor necesiten obtener nuestra aprobación anticipada. Esto se denomina obtener una autorización previa.
- Cuando tenga una pregunta o inquietud con respecto a obtener atención médica por parte de especialistas y otros proveedores de la red, hable con su proveedor de atención primaria o llame a Servicios para Asegurados. En la Sección 2 del Capítulo 4 se incluye más información acerca de los servicios con cobertura que requieren autorización previa.
- La selección de un proveedor de atención primaria (PCP) no lo limita a usted a especialistas u hospitales específicos de la red para los que ese PCP extiende órdenes médicas.

Cuando un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en nuestro plan

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista deja de estar en nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.

- Le notificaremos que su proveedor dejará el plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
  - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja de estar en nuestro plan, le notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos 3 años.
  - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si está asignado al proveedor, actualmente recibe atención de este o lo ha visitado en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para la atención continua.
- Si está realizando terapias o tratamientos médicos con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar con las terapias o los tratamientos médicamente necesarios que está recibiendo. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción a su disposición y las opciones que tenga para cambiar de plan.
- Coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores al costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas.
- Si nuestra red no tiene un especialista calificado para un servicio con cobertura del plan, debemos cubrir ese servicio por el monto de los costos compartidos dentro de la red. Es posible que se requiera autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja de calidad de la atención a la QIO, un reclamo de calidad de la atención al plan, o ambas opciones. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.4 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

En ciertas circunstancias, los asegurados pueden obtener servicios de proveedores fuera de la red. Es posible que los asegurados que recientemente cumplen con los requisitos y que estén recibiendo un tratamiento existente bajo la atención médica de un proveedor fuera de la red al momento de solicitar cobertura puedan continuar recibiendo servicios de ese proveedor. Los proveedores fuera de la red con asegurados bajo un plan de tratamiento vigente deben notificar a la compañía aseguradora y solicitar la autorización previa de los servicios según corresponda de acuerdo con los beneficios de la cobertura.

En caso de que no haya un proveedor de la red adecuado, un proveedor fuera de la red puede recibir la autorización previa del plan. El proveedor de atención primaria coordina la atención médica con los proveedores fuera de la red.

Los asegurados tienen derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red en el caso de servicios de emergencia o de servicios de urgencia fuera del área de servicio. El plan cubre los servicios de diálisis para los asegurados con enfermedad renal terminal que hayan viajado fuera

del área de servicio de la cobertura y no puedan acceder a prestadores de servicios médicos de la red para recibir atención por esta enfermedad.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, durante una catástrofe o necesidad urgente de atención

Sección 3.1 Cómo obtener atención en caso de emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?

Una **emergencia médica** se presenta cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que usted presenta síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad, de la función de una extremidad, la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

En caso de que se enfrente a una emergencia médica, haga lo siguiente:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda y diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame una ambulancia en caso de que la necesite. No es necesario que primero reciba una autorización o una remisión de su PCP. No necesita usar un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Asegúrese lo antes posible de que se haya informado a nuestro plan sobre la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Llame a Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, del 1.° de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1.° de abril al 30 de septiembre.

Servicios con cobertura en una emergencia médica

El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que haya cesado la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su problema de salud continúa siendo estable. Sus médicos continuarán brindándole tratamiento hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para brindarle atención adicional. El plan cubre atención de seguimiento.

Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan.

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

En ciertas ocasiones puede resultar difícil darse cuenta de si está frente a una emergencia médica. Por ejemplo, es posible que solicite atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le comunique que no se trataba de una emergencia médica después de todo. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, una vez que el médico haya determinado que no era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- La atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las normas para obtener esta atención de urgencia.

Sección 3.2 Cómo obtener atención en caso de una necesidad urgente de servicios

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio que requiere atención médica inmediata, pero que no es una emergencia, es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de parte de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de urgencia ni ningún otro servicio que reciba fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante una catástrofe

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir la atención a través de nuestro plan.

Visite FL.AmHealthPlans.com para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Vaya a la Sección 2.4 del Capítulo 5.

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

Si pagó más que el costo compartido de nuestro plan por los servicios cubiertos o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos con cobertura, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios con cobertura. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.1 Si nuestro plan no cubre los servicios, debe pagar el costo total

American Health Advantage of Florida cubre todos los servicios médicamente necesarios según se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y que no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios con cobertura que tienen una limitación para los beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de utilizar la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio con cobertura.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 Qué es un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también denominado un *ensayo clínico*) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios con cobertura que reciba usted como parte del estudio. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que nos informe ni obtenga nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica no necesariamente deben formar parte de la red de nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios con cobertura que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren

cobertura para el desarrollo de evidencia [NCD-CED] y estudios de exención de dispositivos en investigación [IDE]. Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan)..

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

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

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

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

- Habitación y comida para la hospitalización que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Después de que Medicare pague su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de los gastos en Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como asegurado de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuánto pagó del costo compartido. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

> *Ejemplo de costo compartido en un ensayo clínico:* Supongamos que debe hacerse un análisis de laboratorio que cuesta $100, como parte del estudio de investigación. Su parte de los costos para este análisis es de $20 según Original Medicare, pero el análisis sería de $10 conforme a nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por el análisis y usted pagaría los $20 de copago requeridos por Original Medicare. Notificaría a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación, como una factura del proveedor, a nuestro plan. Nuestro plan entonces le pagaría directamente $10. Por lo tanto, su pago neto es de $10, es el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

Cuando participe en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestra póliza pagarán por lo siguiente:**

- Generalmente, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que se evalúen en el estudio, a menos que Medicare cubriese dicho artículo o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.

- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte de un estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.
- Los artículos y servicios que habitualmente brindan los patrocinadores de la investigación son gratuitos para cualquier inscrito en el ensayo.

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

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación *Medicare and Clinical Research Studies (Medicare y los estudios de investigación clínica)*, disponible en https://www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención con cobertura en un centro religioso no médico dedicado a la salud

Sección 6.1 Qué es un centro religioso no médico dedicado a la salud

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un asegurado, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Cómo recibir atención médica en un centro religioso no médico dedicado a la salud

Para recibir atención en un centro religioso no médico dedicado a la salud, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico **no exceptuado**.

- La atención o el tratamiento médico **no exceptuado** corresponde a la atención o el tratamiento médico *voluntario* y *no obligatorio* según la ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** se refiere a la atención o el tratamiento médico *no* voluntario u *obligatorio* conforme a la ley federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre aspectos *no religiosos* de la atención.

- Si recibe servicios de esta institución que se le presten en un centro, regirán las siguientes se aplican las condiciones :
  - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios con cobertura correspondientes a atención hospitalaria para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
  - *–y–* debe obtener la aprobación de la cobertura por adelantado, antes de que lo hospitalicen en el centro; de lo contrario, su estadía no tendrá cobertura.

La atención médica recibida en un centro religioso no médico dedicado a la salud con certificación de Medicare está limitada de acuerdo con las limitaciones indicadas en la cobertura hospitalaria para pacientes internados de Medicare, según se describe en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Reglas de propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1 No se convertirá en propietario de equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos en virtud de nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para que los asegurados usen en el hogar. El asegurado siempre es propietario de algunos artículos de DME, como prótesis. Otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. **Como asegurado de American Health Advantage of Florida, generalmente no se convertirá en dueño del DME alquilado, independientemente de la cantidad de copagos que haga por el artículo mientras sea un asegurado de nuestra cobertura.** No será propietario si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en virtud de Original Medicare antes de unirse a nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas, le transferiremos a usted la propiedad del equipo médico duradero. Llame a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046) para obtener más información.

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

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare a fin de adquirir la propiedad del DME. Los pagos que efectuó mientras contaba con nuestra cobertura no se contemplan como parte de estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan.

Ejemplo 2: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estaba en nuestro plan.

Luego regresa a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que se una de nuevo a Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si reúne los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, American Health Advantage of Florida cubrirá lo siguiente:

- alquiler de equipos de oxígeno;
- suministro de oxígeno y contenido de oxígeno;
- sondas y accesorios de oxígeno afines para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno;
- mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno.

Si abandona American Health Advantage of Florida o ya no requiere un equipo de oxígeno desde el punto de vista médico, el equipo de oxígeno debe devolverse.

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

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de 5 años, puede optar por permanecer con la misma empresa o irse a otra empresa. En este punto, el ciclo de 5 años comienza nuevamente, incluso si permanece en la misma empresa, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o deja nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4
Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

SECCIÓN 1 Cómo entender sus costos de bolsillo por los servicios con cobertura

La Tabla de beneficios médicos indica sus servicios con cobertura y muestra cuánto pagará por cada servicio con cobertura como asegurado de American Health Advantage of Florida. Esta sección también brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertosy explica los límites para ciertos servicios..

Sección 1.1 Costos de bolsillo que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios con cobertura

Tipos de costos de bolsillo que podría tener que pagar por sus servicios con cobertura:

- **Deducible:** el monto que usted debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte. La Sección 1.2 brinda más información acerca de los deducibles para ciertas categorías de servicios. La Sección 1.3 brinda más información acerca de los deducibles para ciertas categorías de servicios.
- **Copago:** el monto fijo que paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre los copagos).
- **Coseguro**: el porcentaje que paga del costo total de determinados servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre el coseguro).

La mayoría de las personas que reúne los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (QMB) no pagan deducibles, copagos ni coseguro. Si está en uno de estos programas, asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad de Medicaid o de beneficiario calificado de Medicare a su proveedor.

Sección 1.2 El deducible de nuestro plan

Su deducible es $283: Hasta que haya pagado el monto del deducible, deberá pagar el costo total por los servicios con cobertura. Cuando haya pagado su deducible, comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos de servicios médicos con cobertura y usted pagará su parte (su monto de copago o coseguro) durante el resto del año calendario.

El deducible no se aplica a ciertos servicios. Esto significa que pagaremos nuestra parte de los costos de estos servicios incluso si no pagó aún su deducible. El deducible no se aplica a estos servicios:

- **Servicios con cobertura de Medicare dentro de la red:** Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados, servicios de salud mental para pacientes hospitalizados, atención en un centro de enfermería especializada (SNF), visitas al médico de atención primaria, visitas a algunos especialistas, servicios de laboratorio/análisis/procedimientos de diagnóstico, atención de una agencia de atención médica a domicilio, suministros y zapatos para la diabetes, insulina y cualquier servicio con cobertura de Medicare con copago de $0.
- **Servicios de beneficios complementarios:** Servicios de apoyo en el hogar/fuera del hogar, examen oftalmológico de rutina y anteojos, examen auditivo de rutina, audífonos y accesorios, visitas de podología de rutina y transporte.
- **Servicios médicos fuera de la red.**
- **Medicamentos de la Parte D**

Sección 1.3 Nuestro plan también tiene un separadodeducible para ciertos tipos de servicios

Además del deducible de nuestro plan que se aplica a todos los servicios médicos con cobertura, también tenemos un deducible para ciertos tipos de servicios.

Nuestro plan tiene un monto del deducible para ciertos servicios. Hasta que usted pague el monto del deducible, deberá pagar el costo total de Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados y atención hospitalaria psiquiátrica para pacientes hospitalizados. Una vez que haya pagado el monto del deducible, empezaremos a pagar nuestra parte de los costos por estos servicios y usted pagará su parte. La Tabla de beneficios médicos muestra los deducibles de la categoría de servicio.

Sección 1.4 ¿Cuál es el máximo que puede pagar por servicios médicos cubiertos?

Los planes Medicare Advantage tienen límites en el monto total que debe pagar como gasto de bolsillo por año por servicios médicos de la red que están cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2026, este monto es $9,250**.

Los montos que paga para deducibles, copagos y coseguro paralos servicios con cobertura dentro de la red se contemplan para este monto máximo de bolsillo. Los montos que usted paga por las primas del plan y sus medicamentos de la Parte D no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Si alcanza el monto máximo de bolsillo de $9,250, no deberá pagar ningún costo de bolsillo durante el resto del año para los servicios con cobertura que forman parte de la red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de nuestro plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.5 Los proveedores no pueden facturarle saldos adicionales

Como asegurado de American Health Advantage of Florida, usted tienen una protección importante porque después de que usted alcance cualquier deducible, solo debe pagar sus costos compartidos cuando obtiene servicios con cobertura de nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por separado, lo que se denomina **facturación de saldo**. Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona la protección contra la facturación de saldo:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, $15.00), usted paga solamente ese monto por cualquier servicio con cobertura del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
  - Si obtiene servicios con cobertura de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (como quedó estipulado en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
  - Si obtiene servicios con cobertura de un proveedor fuera de la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o en el caso de servicios de urgencia o emergencia).
  - Si obtiene servicios con cobertura de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión, en el caso de emergencias o fuera del área de servicio para recibir servicios de urgencia).
- Si cree que un proveedor le ha facturado el saldo, llame a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar a 1-833-312-0046).

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos

La Tabla de beneficios médicos de las páginas siguientes indica los servicios que cubre American Health Advantage of Florida y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D está en el Capítulo 5). Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura de Medicare.

- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los asegurados nuevos, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual es posible que el plan nuevo de MA no requiera autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea atención de urgencia o emergencia o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red le hayan dado una remisión. Esto significa que usted paga al proveedor la totalidad de los servicios fuera de la red que reciba.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios con cobertura que requieren aprobación por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos con un asterisco.
- Si su plan de atención coordinada proporciona la aprobación de una solicitud de autorización previa para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesaria para evitar perturbaciones en la atención de conformidad con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor que atiende.

Otros aspectos importantes que debe conocer sobre nuestra cobertura:

- Como todos los seguros de gastos médicos de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare y más. Para recibir algunos de estos beneficios, quizás deba pagar *más* con nuestra compañía póliza que lo que pagaría con Original Medicare. Para otros, quizás deba pagar *menos.* (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, busque en su manual *Medicare y usted2026*. Puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia al llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos esos servicios sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección existente.
- Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante 2026, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de un (1) mes de elegibilidad que se considera continuada de nuestra cobertura, continuaremos proporcionando todos los servicios incluidos en la cobertura y sus montos de costos compartidos no cambiarán durante este período.

Información importante sobre beneficios para personas que reúnen los requisitos para recibir Ayuda adicional:

- Si recibe Ayuda adicional para pagar los costos de su programa de medicamentos de Medicare, puede que sea elegible para recibir otros beneficios complementarios personalizados o un costo compartido reducido personalizado.

 Esta manzana muestra los servicios preventivos en la Tabla de beneficios médicos.

Tabla de beneficios médicos

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre este examen de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.	Usted no paga nada por este examen de detección preventivo.

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda Los servicios con cobertura incluyen lo siguiente: Cobertura de hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define según los siguientes términos: • 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; y • No está relacionado con un embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que demuestren mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora. **Requisitos del proveedor:** Los médicos (según se define en 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), enfermeros practicantes (NP)/ especialistas en enfermería clínica (CNS) (según se identifica en 1861(aa)(5) de la Ley), así como el personal auxiliar, pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • Un máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM). • Una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras reglamentaciones según el Art. 42 del CFR §§ 410.26 y 410.27.	Usted paga el 20 % del costo para los servicios con cobertura de Medicare.

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda (continuación)	
Servicios de ambulancia* Los servicios de ambulancia con cobertura, ya sea en una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención si se trata de un asegurado cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia no están cubiertos para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del asegurado es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. ***No se requiere autorización previa para viajes en ambulancia que no sean de emergencia del asilo o la residencia del asegurado al hospital ni del hospital al asilo o la residencia del asegurado. Todos los demás servicios de ambulancia que no sean de emergencia deben tener autorización previa.**	Usted paga el 20% del costo por los servicios con cobertura de Medicare. Los costos compartidos se aplican a viajes de ida.
Consulta de bienestar anual Si tuvo cobertura de la Parte B durante más de 12 meses, puede realizar una consulta de bienestar anual para desarrollar o actualizar una cobertura de prevención personalizada en función de su estado de salud y factores de riesgo. Se cubre una vez cada 12 meses. **Nota:** Su primera consulta de bienestar anual no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de *Bienvenido a Medicare* para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	Usted no paga nada por la consulta de bienestar anual.

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Examen de densidad ósea Para las personas elegibles (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de tener osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.	Usted no paga nada por la medición de masa ósea con cobertura de Medicare
Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios con cobertura incluyen lo siguiente: • una mamografía inicial entre los 35 y 39 años; • una mamografía de detección cada 12 meses a partir de los 40 años; • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses	Usted no paga nada por las mamografías de detección con cobertura de Medicare.
Servicios de rehabilitación cardíaca* Los programas completos de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para asegurados que cumplen ciertas condiciones y cuentan con una orden del médico. Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. ***Se requiere autorización previa para los servicios de rehabilitación cardíaca y cardíaca intensiva.***	Usted paga el 20 % del costo para los servicios con cobertura de Medicare.
Consulta de reducción de riesgos de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular) Incluimos una consulta por año con su médico de atención médica básica para ayudar a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.	Usted no paga nada por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares.

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	Usted no paga nada por las pruebas de enfermedades cardiovasculares que están cubiertas una vez cada 5 años.
Examen de detección de cáncer cervical y vaginal Los servicios con cobertura incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: las pruebas Papanicolau y los exámenes pélvicos se cubren una vez cada 24 meses. • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No paga nada por los exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos con cobertura de Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios con cobertura incluyen lo siguiente: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.	Usted paga el 20 % del costo para los servicios con cobertura de Medicare.
Servicios de tratamiento y manejo del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, manejo de medicamentos y coordinación y planificación de la atención.	El costo compartido para este servicio variará según los servicios individuales prestados durante el tratamiento. • No paga nada por los servicios con cobertura de Medicare prestados en un centro de enfermería especializada (SNF) o en un centro de atención a largo plazo (LTC). • Usted paga 20% por las consultas realizadas en cualquier otro entorno.

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Examen de detección de cáncer colorrectal Están cubiertos los siguientes exámenes de detección: • La colonoscopia no tiene un límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un riesgo alto, o cada 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen un riesgo alto de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia previa. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o cuando han pasado 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Prueba multidirigida de ADN en materia fecal para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que un examen de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva con cobertura de Medicare dé un resultado positivo. • Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección planificada que implica la extracción de tejido u otra materia,	Usted no paga nada por un examen de detección de cáncer colorrectal con cobertura de Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y estará sujeto al coseguro, y usted paga el 20 % del monto de los servicios con cobertura de Medicare.

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Examen de detección de cáncer colorrectal (continuación) u otro procedimiento proporcionado en relación con estas, o como resultado de estas, y en el mismo encuentro clínico que el examen de detección.	
Servicios dentales. En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por el Programa Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga los servicios odontológicos en una cantidad limitada de circunstancias, concretamente cuando ese servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección primaria de una persona. Algunos ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o exámenes orales previos al trasplante de órgano. Además, cubrimos lo siguiente:	Usted paga el 20 % del costo para los servicios con cobertura de Medicare.
Examen de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. El examen de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.	Usted no paga nada por una consulta anual de detección de depresión.
Examen de detección de diabetes Cubrimos este examen de detección (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Es posible que sea elegible para realizarse hasta 2 exámenes de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su examen de detección de diabetes más reciente.	Usted no paga nada por los exámenes de detección de diabetes con cobertura de Medicare.

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos* Para todas las personas que tienen diabetes (que usan y no usan insulina). Los servicios con cobertura incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar su glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas con diabetes que padecen enfermedad grave del pie diabético: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y 2 pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • El entrenamiento para el autocontrol de la diabetes tiene cobertura con ciertas condiciones. ***Se requiere autorización previa para cada servicio o transacción por los cargos facturados que superen los $250.***	Usted no paga nada de los suministros para el control de la diabetes con cobertura de Medicare. Usted no paga nada por los calzados o plantillas ortopédicos con cobertura de Medicare. Usted no paga nada por el entrenamiento para el autocontrol de la diabetes con cobertura de Medicare.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* (Consulte el Capítulo 12 para conocer la definición de equipo médico duradero). ***Se requiere autorización previa para cada servicio o transacción por los cargos facturados que superen los $250.***	Usted paga el 20 % del costo por suministros y equipos médicos duraderos con cobertura de Medicare. Sus costos compartidos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare son del 20 % del costo, todos los meses. Sus costos compartidos no cambiarán después de estar inscrito durante 36 meses.

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los siguientes servicios: • Servicios de proveedores calificados para proporcionar servicios de emergencia y • Servicios necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. Una emergencia médica se presenta cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que usted presenta síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente. Los costos compartidos por los servicios de emergencia necesarios que reciba fuera de la red son los mismos que cuando recibe estos servicios dentro de la red. La atención de emergencia solo está cubierta dentro de los Estados Unidos.	Usted paga el 20 % del costo por los servicios con cobertura de Medicare (hasta un máximo de $115 por consulta). No se aplica el coseguro si le hospitalizan en el plazo de un (1) día. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención médica para pacientes internados después de que su afección de emergencia se estabilice, debe recibir su atención médica para pacientes internados en el hospital fuera de la red autorizado por nuestro plan y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Servicios para la audición Las evaluaciones de diagnóstico de equilibrio y audición realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención para pacientes externos cuando las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. ***Beneficio complementario:*** • Un (1) examen de audición de rutina • Ajuste/evaluación de audífonos • Audífonos Cubrimos hasta dos (2) audífonos por año, uno por oído. Hay un monto máximo anual de hasta $500 por oído, por año. Debe obtener servicios y audífonos a través de un proveedor aprobado por el plan. Llame a Servicios para Asegurados para obtener más información.	Usted paga el 20 % del costo para los servicios con cobertura de Medicare. Usted no paga nada para el examen de audición de rutina y el ajuste/la evaluación de los audífonos.
Examen de detección de VIH Para personas que solicitan un examen de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubrimos lo siguiente: • Hasta 3 exámenes de detección durante el embarazo.	Usted no paga nada por los asegurados elegibles para la examen preventivo de detección del VIH con cobertura de Medicare.

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Agencia de atención médica a domicilio* Antes de recibir servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios de atención médica a domicilio y solicitar que dicha atención médica sea proporcionada por una agencia de atención médica a domicilio. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios con cobertura incluyen, entre otros, los siguientes: • servicios de atención de enfermería especializada parcial o intermitente y de atención médica a domicilio (serán cubiertos bajo los servicios médicos, la atención de enfermería especializada y la atención médica a domicilio combinados que deben ser de menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos ***Se requiere autorización previa***	Usted no paga nada por los servicios de atención a domicilio con cobertura de Medicare.

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Tratamiento de infusión en el hogar* El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios con cobertura incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de conformidad con nuestro plan de atención. • La capacitación y la educación del paciente no están cubiertas, de otra manera, por los beneficios del equipo médico duradero. • monitoreo remoto • servicios de monitoreo para el suministro de tratamiento de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de tratamiento de infusión en el hogar ***Se requiere autorización previa**	Usted paga el 20 % del costo para los servicios con cobertura de Medicare.

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Atención en un hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Puede recibir atención en cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarle a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios con cobertura incluyen lo siguiente: • medicamentos para el control de síntomas y el alivio del dolor; • atención médica de relevo de corta duración; • Atención a domicilio. Cuando es ingresado en un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si elige permanecer en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan. **Para los servicios en un hospicio y para los servicios con cobertura por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:** Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. **Para los servicios con cobertura por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal:** Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay algún requisito de obtener una autorización previa).	Cuando se inscribe en un programa de servicios para enfermos terminales con certificación de Medicare, Original Medicare pagará la atención médica para pacientes terminales y los servicios de la Parte A y B relacionados con su pronóstico terminal en lugar de American Health Advantage of Florida. Usted no paga nada por los servicios de consulta de hospicio

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Atención en un hospicio (continuación) • Si obtiene los servicios con cobertura de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para los servicios recibidos, solo pagará el monto de costo compartido de nuestro plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios con cobertura de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido conforme a Original Medicare. **Para servicios con cobertura por American Health Advantage of Florida, pero no cubiertos por la Parte A o B de Medicare**: American Health Advantage of Florida continuará cubriendo los servicios con cobertura del plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, ya sea que estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de nuestro plan por estos servicios. **Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D de nuestro plan:** Si estos medicamentos no están relacionados con la afección terminal por la que está en un hospicio, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con la afección terminal por la que está en un hospicio, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca son cubiertos simultáneamente por el hospicio y nuestra póliza. Consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 para obtener más información. **Nota:** Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios. Nuestra póliza cubre servicios de consulta para pacientes con enfermedades terminales (una sola vez) para un enfermo terminal que no ha elegido el beneficio para pacientes con enfermedades terminales.	

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Vacunas Los servicios de la Parte B de Medicare con cobertura son los siguientes: • Vacuna contra la neumonía. • Inyecciones antigripales (o vacunas), una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, e inyecciones adicionales contra la gripe (o vacunas) si son médicamente necesarias. • Vacunas contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra la COVID-19 • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos la mayoría de las vacunas para adultos en virtud del beneficio de medicamentos de la Parte D. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener más información.	Usted no paga nada por las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.
Servicios de apoyo en el hogar/fuera del hogar ***Beneficio complementario*** Enriquecen la vida de los asegurados que luchan con los desafíos del proceso de envejecimiento. Los asegurados con problemas de salud debido a demencia, enfermedad de Alzheimer y otras discapacidades médicas que limitan la movilidad y seguridad son una preocupación principal. • Asistencia con citas médicas fuera de un asilo/residencia • Visitas supervisadas El administrador de atención asignado a su plan puede ayudarle a coordinar los servicios con un proveedor calificado.	No hay coseguro, copago ni deducible para un máximo de 40 horas por año calendario para los servicios de apoyo en el hogar/fuera del hogar con cobertura.

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados* Incluye atención aguda para pacientes internados, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención de larga duración y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en el que es admitido formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a que le den el alta es su último día como paciente internado. Los servicios con cobertura incluyen, entre otros, los siguientes: • habitación compartida (o privada si es médicamente necesario) • comidas, incluidas dietas especiales • servicios de enfermería regulares • costos de unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o las unidades de cuidados coronarios) • fármacos y medicamentos • análisis de laboratorio • radiografías y otros servicios de radiología • suministros quirúrgicos y médicos necesarios • uso de aparatos, como sillas de ruedas • costos del quirófano y la sala de recuperación • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • servicios de tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados • En ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes tienen cobertura: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula espinal, célula troncal e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos con un centro de trasplante aprobado por Medicare para que revise su caso y decida si es candidato para un trasplante. • Análisis de sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y de concentrado de glóbulos rojos comienza únicamente a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle	Se aplica un deducible por admisión una vez durante el período de beneficios definido. Usted paga: • Un deducible de $1,736 para cada período de beneficios. • Copago de $0 por día para los días 1 a 60. • Copago de $434 por día para los días 61 a 90. • Copago de $868 por día para los días 91 en adelante. Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa como paciente internado en un hospital o un centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si acude a un hospital o un SNF luego de que finalizó un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible de paciente hospitalizado para cada período de beneficios. No hay límite para la

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados* (continuación) a alguien más que done. Todos los demás hemoderivados están cubiertos a partir de la primera pinta. • Servicios médicos **Nota:** Para ser paciente internado, su proveedor debe emitir una orden para ingresarlo de manera formal como paciente internado. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se le puede considerar "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare*. La hoja informativa está disponible en https://www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. ***Se requiere autorización previa***	cantidad de períodos de beneficio. Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Servicios psiquiátricos para pacientes internados* Los servicios con cobertura incluyen servicios médicos de salud mental que requieran una hospitalización. ***Se requiere autorización previa**	Se aplica un deducible por admisión una vez durante el período de beneficios definido. Usted paga: • Un deducible de $1,736 para cada período de beneficios. • Copago de $0 por día para los días 1 a 60. • Copago de $434 por día para los días 61 a 90. • Copago de $868 por día para los días 91 en adelante. Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa como paciente internado en un hospital o un centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si acude a un hospital o un SNF luego de que finalizó un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible de paciente hospitalizado para cada período de beneficios. No hay límite para la

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
	cantidad de períodos de beneficio. Los costos compartidos se aplican a partir del primer día de admisión y no incluyen la fecha de alta.
Estadía como paciente internado: Servicios con cobertura que recibe en un hospital o SNF durante una estadía como paciente internado sin cobertura* Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la estadía como paciente internado no es razonable y necesaria, no la cubriremos. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios con cobertura incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio) • Radiografías, terapia con radio e isótopo, incluidos materiales y servicios técnicos • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones • Prótesis y dispositivos de órtesis (que no sean dentales) que reemplazan en forma total o parcial un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido adyacente), o que reemplazan en forma total o parcial la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o funciona mal de manera permanente, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Aparatos para la pierna, el brazo, la espalda y el cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios debido a la rotura, el desgaste, la pérdida o un cambio en el problema de salud físico del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional ***Se requiere autorización previa***	Para conocer los costos compartidos de cada servicio específico, busque ese servicio en esta Tabla de beneficios médicos.

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Servicios de terapia de nutrición médica Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (de los riñones) (pero que no estén recibiendo diálisis) o que hayan sido sometidas a un trasplante renal cuando su médico lo derive. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que reciba servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, podrá recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.	Usted no paga nada por los servicios de terapia de nutrición médica con cobertura de Medicare que sean elegibles.
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) **Los servicios del MDPP estarán cubiertos para las personas elegibles a través de todos los planes de salud de Medicare.** El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	Usted no paga nada por el beneficio de MDPP.

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare* La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los asegurados de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio. • insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por nuestro plan. • El fármaco para el Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite análisis y tomografías adicionales antes o durante el tratamiento que podrían agregarse a sus costos totales. Consulte a su médico qué exploraciones y análisis puede necesitar como parte del tratamiento. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre la terapia con medicamentos para el trasplante si Medicare pagó el trasplante de órganos. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que reciba medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente capacitada (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • Ciertos fármacos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que toma por boca si el mismo medicamento está disponible en forma	Usted no paga nada por medicamentos de la Parte B con cobertura de Medicare comprados en una farmacia minorista. Usted paga el 20 % del costo de los medicamentos de la Parte B con cobertura de Medicare comprados en cualquier otro entorno. Usted no pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, incluso si no ha pagado su deducible.

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que se disponga de nuevos fármacos orales contra el cáncer, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hace. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales para las náuseas que utilice como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o se utilizan como reemplazo terapéutico total para un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare. • Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato bajo el sistema de pago de la ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Determinados medicamentos para diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y anestésicos tópicos. • Fármacos estimuladores de la eritrocitopoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene una enfermedad renal terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones determinadas (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, epoetina alfa, Aranesp®, darbepoetina alfa, Mircera® o metoxi polietilenglicol-epoetina beta). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. • Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y para sondas). También cubrimos algunas vacunas en virtud de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud del beneficio de medicamentos de la Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura de medicamentos con receta. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare* (continuación) ***Se requiere autorización previa para cada servicio o transacción por los cargos facturados que superen los $250.***	
Examen de detección de obesidad y terapia para fomentar el mantenimiento de la pérdida de peso Si tiene un índice de masa corporal (IMC) de 30 o más, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarle a perder peso. Este asesoramiento está incluido si lo recibe en un recinto de atención médica básica, donde se pueda coordinar con su póliza integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.	Usted no paga nada por el examen de detección preventiva de la obesidad y la terapia.
Servicios del programa de tratamiento para opioides Los asegurados de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un programa de tratamiento con opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (MAT). • Entrega y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • asesoramiento sobre el uso de sustancias • terapia individual y grupal • pruebas de toxicología • actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	Usted no paga nada por los servicios del programa de tratamiento con opioides con cobertura de Medicare.

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes externos* Los servicios con cobertura incluyen, entre otros, los siguientes: • radiografías • radioterapia (radio e isótopo), incluidos materiales y suministros técnicos • suministros quirúrgicos, como apósitos • férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Análisis de sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura para los análisis de sangre completa y concentrado de eritrocitos solo comienza con la cuarta pinta de sangre que necesita; debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtiene en un año calendario, o bien, usted u otra persona deben donar la sangre. Todos los demás hemoderivados están cubiertos a partir de la primera pinta usada. • Pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, ECG y tomografías por emisión de positrones cuando su médico u otro proveedor de atención médica las ordene para tratar un problema médico. • otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos ***Se requiere autorización previa para servicios de radiología de alta tecnología (p. ej., imágenes por resonancia magnética [MRI], angiografía de resonancia magnética [MRA], tomografía por emisión de positrones [PET], angiotomografía computarizada [CTA], tomografía computarizada [CT] y tomografía computarizada por emisión de fotón único [SPECT]) y pruebas genéticas/de ADN.***	Usted paga el 20% del costo para procedimientos y pruebas de diagnóstico con cobertura de Medicare, excepto los análisis de laboratorio con cobertura de Medicare. Usted no paga nada por las pruebas de laboratorio con cobertura de Medicare.

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Observación en un hospital para pacientes externos* Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos. **Nota:** A menos que el proveedor le emita una orden para admitirlo como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos de costos compartidos por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare*. La hoja informativa está disponible en https://www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. ***Se requiere autorización previa***	Usted paga el 20 % del costo para los servicios con cobertura de Medicare.

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes externos* Cubrimos los servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios con cobertura incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos • Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención médica en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que en caso de no recibirla se necesitaría tratamiento como paciente internado • Radiografías y otros servicios de radiografías facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse **Nota:** A menos que el proveedor le emita una orden para admitirlo como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos de costos compartidos por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte al personal del hospital. ***Es posible que se requiera autorización previa; consulte la sección específica del servicio en la Tabla de beneficios médicos para obtener más información.***	Usted paga el 20% del costo para los servicios con cobertura de Medicare. Usted no paga nada por las pruebas de laboratorio con cobertura de Medicare.

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios con cobertura incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional autorizado (LPC), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por la legislación estatal aplicable.	No paga nada por los servicios con cobertura de Medicare prestados en un centro de enfermería especializada (SNF) o en un centro de atención a largo plazo (LTC). Usted paga el 20% del costo por los servicios con cobertura de Medicare prestados en cualquier otro entorno.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos* Los servicios con cobertura incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF). ***Se requiere autorización previa para cualquier servicio de PT/OT/ST con cobertura de Medicare prestado fuera de una residencia de atención médica a largo plazo (LTC), residencia u otro entorno de centros de enfermería especializada (SNF).***	No paga nada por los servicios de PT/OT/ST cubiertos por Medicare prestados en un centro de atención a largo plazo (LTC) u otro entorno de centros de enfermería especializada (SNF). Usted paga el 20 % del costo de los servicios de PT/OT/ST con cobertura de Medicare en otro entorno para pacientes externos.
Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes externos Servicios ambulatorios no residenciales proporcionados para el tratamiento de la dependencia de drogas o alcohol sin uso de farmacoterapias. Los servicios podrían incluir terapia grupal o individual.	No paga nada por los servicios con cobertura de Medicare prestados en un centro de enfermería especializada (SNF) o en un centro de atención a largo plazo (LTC). Usted paga el 20% del costo por los servicios con cobertura de Medicare prestados en cualquier otro entorno.

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios suministrados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos para pacientes externos* **Nota:** Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar a su proveedor para saber si usted será un paciente externo u hospitalizado. A menos que el proveedor le emita una orden para admitirlo como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos de costos compartidos por la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. ***Se requiere autorización previa**	Usted paga el 20% del costo para los servicios con cobertura de Medicare.
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos* La *hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio hospitalario para pacientes externos o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT) o de un consejero profesional autorizado, y que es una alternativa a la hospitalización de pacientes. El *servicio intensivo para pacientes externos* es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento hospitalario para pacientes externos, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud aprobado por el gobierno federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT) o de un consejero profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial. **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. ***Se requiere autorización previa**	Usted paga el 20% del costo por los servicios con cobertura de Medicare.

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Servicios del médico/profesional, incluidas las consultas en el consultorio del médico Los servicios con cobertura incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos o de atención médica médicamente necesarios que reciba en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio efectuados por su PCP o especialista, si su médico lo solicita para saber si usted necesita tratamiento médico. • Algunos servicios de telesalud, que incluyen consultas, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o profesional para pacientes en determinadas áreas rurales u otros sitios aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con enfermedad renal terminal para asegurados que reciben diálisis en el hogar en un centro hospitalario o centro de diálisis renal hospitalario de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del asegurado. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de síntomas de un derrame cerebral, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para asegurados con un trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: ○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud. ○ Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias. • Los servicios de telesalud para las visitas de salud mental son proporcionados por clínicas de salud rural y centros de salud aprobados por el gobierno federal. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5 a 10 minutos **si se cumple lo siguiente**:	**Consultas de atención primaria:** Usted no paga nada por los servicios con cobertura de Medicare. **Consultas a especialistas:** • No paga nada por los servicios con cobertura de Medicare prestados en un centro de enfermería especializada (SNF) o en un centro de atención a largo plazo (LTC). • Usted paga 20% por las consultas realizadas en cualquier otro entorno. **Servicios de telesalud:** Usted no paga nada por los servicios con cobertura de Medicare.

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Servicios del médico/profesional, incluidas las consultas en el consultorio del médico (continuación) ○ Usted no es un paciente nuevo **y** ○ El control no está relacionado con una consulta presencial realizada en los últimos 7 días **y** ○ El control no da como resultado una consulta presencial dentro de las 24 horas o en la cita disponible más pronta. • Evaluación de video o imágenes que envía a su médico, interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas **si se cumple lo siguiente**: ○ Usted no es un paciente nuevo **y** ○ La evaluación no está relacionada con una consulta presencial realizada en los últimos 7 días **y** ○ La evaluación no da como resultado una consulta presencial dentro de las 24 horas o en la cita disponible más pronta • Consultas de su médico con otros médicos por vía telefónica, Internet o registro de salud electrónico • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía.	
Servicios de podiatría Los servicios con cobertura incluyen lo siguiente: • diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones de talón) • atención de rutina de los pies para asegurados con ciertas afecciones que afecten las extremidades inferiores ***Beneficio complementario:*** Hasta seis(6) consultas para atención de rutina de los pies cada año.	No paga nada por los servicios con cobertura de Medicare prestados en un centro de enfermería especializada (SNF) o en un centro de atención a largo plazo (LTC). Usted paga 20% por las consultas realizadas en cualquier otro entorno. Usted no paga nada por los servicios de cuidado de rutina de los pies.

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determinan que tiene mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si reúne los requisitos, los servicios con cobertura incluyen los siguientes: • Medicamentos orales o inyectables para la PrEP aprobados por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos el cargo por inyectar el medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individuales (incluidas la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y el cumplimiento en la administración de los medicamentos) cada 12 meses. • Hasta 8 exámenes de detección de VIH cada 12 meses. Un examen de detección del virus de la hepatitis B por única vez.	Usted no paga nada por los servicios de PrEP con cobertura de Medicare.
Exámenes de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios con cobertura incluyen los siguientes una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (PSA)	Usted no paga nada por una prueba anual de PSA.

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Dispositivos protésicos y ortésicos, y suministros relacionados* Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, adaptación o preparación para el uso de dispositivos protésicos y ortésicos, así como bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. También incluye cierta cobertura después de la cirugía o extracción de cataratas; consulte *Servicios para la vista* más adelante en esta tabla para obtener más información. ***Se requiere autorización previa para cada servicio o transacción por los cargos facturados que superen los $250.***	Usted paga el 20 % de los costos por dispositivos y suministros con cobertura de Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los asegurados con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y que posean una orden de rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	Usted paga el 20 % del costo para los servicios con cobertura de Medicare.
Exámenes de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos un examen de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes. Si el resultado del examen de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No paga nada por el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol con cobertura de Medicare.

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Los asegurados elegibles son** personas de entre 50 y 77 años que no tengan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tengan antecedentes de consumo de tabaco de al menos 20 paquetes al año y que fumen actualmente, o que hayan dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciban una orden para hacerse una LDCT durante una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida para la detección de cáncer de pulmón que cumpla con los criterios de Medicare para dichas consultas y sea brindada por un médico o un profesional no médico calificado. *Para exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT después del examen inicial:* los asegurados deben recibir una orden para el examen de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT, que puede entregarse durante cualquier consulta adecuada con un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar un examen de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.	No paga nada por la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas con cobertura de Medicare ni para la LDCT.

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Examen de detección de infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos un examen de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado lo indica y usted cumple con una de estas condiciones: • Usted tiene un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Usted recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Usted nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos un examen de detección una vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su examen de detección de hepatitis C negativa anterior), cubrimos los exámenes de detección anuales.	Usted no paga nada por el examen de detección del virus de la hepatitis C con cobertura de Medicare.
Exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos los exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección se cubren para embarazadas y ciertas personas con mayor riesgo de contraerlas si un proveedor de atención primaria los ordena. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos del embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de alta intensidad, de 20 a 30 minutos al año, de asesoramiento sobre salud mental para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ETS. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un centro de atención primaria, como en el consultorio de un médico.	No paga nada por el beneficio preventivo para exámenes de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios con cobertura incluyen lo siguiente: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los asegurados a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los asegurados con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se está temporalmente fuera del área de servicio, como se explicó en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o no puede comunicarse con él). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si lo admiten como paciente internado en un hospital para cuidados médicos especializados) • Entrenamiento para la autodiálisis (incluye el entrenamiento para usted y una persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • equipos y suministros de diálisis en el hogar • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la diálisis en el hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte **Medicamentos de la Parte B de Medicare** en esta tabla.	Usted paga el 20 % del costo para los servicios con cobertura de Medicare. Usted no paga nada por los servicios de educación sobre la enfermedad renal con cobertura de Medicare.

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)* (Consulte el Capítulo 12, encontrará una definición de centro de enfermería especializada; dichos centros suelen denominarse SNF). Los servicios con cobertura incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación compartida (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Análisis de sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los demás hemoderivados están cubiertos a partir de la primera pinta usada. • suministros médicos y quirúrgicos generalmente suministrados por SNF • análisis de laboratorio que por lo general brindan los SNF • radiografías y otros servicios de radiología que por lo general brindan los SNF • uso de aparatos como sillas de ruedas, que por lo general brindan los SNF • Servicios de médicos o profesionales. Generalmente, la atención en los SNF la obtiene en los centros de la red. En determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada).	No paga nada por la atención en un SNF con cobertura de Medicare, hasta 100 días por período de beneficios. Usted paga el 100 % de los costos de la atención SNF con cobertura de Medicare a partir del día 101 de cada período de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa como paciente internado en un hospital o un centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si acude a un hospital o un SNF luego de que finalizó un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios.

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)* (continuación) • un SNF donde viva su cónyuge al momento en que usted abandona el hospital • No se requiere hospitalización previa. ***Se requiere autorización previa**	
Servicios para dejar de fumar (asesoramiento para dejar de fumar) El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes externos y hospitalizados que cumplen con estos criterios: • Consumen tabaco, independientemente de si muestran signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco. • Son competentes y están alertas durante el asesoramiento. • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda el asesoramiento. Cubrimos 2 intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente recibe hasta 8 sesiones por año).	No paga nada por los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco con cobertura de Medicare.

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Terapia de ejercicios supervisados (SET) La SET está cubierta para asegurados que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y una remisión para la PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa SET debe: • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos, con un programa de ejercicios de entrenamiento terapéutico para la PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico. • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. Se podrá cubrir el programa SET después de las 36 sesiones en el curso de 12 semanas por 36 sesiones más en un período de tiempo prolongado si el proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	Usted paga el 20 % del costo para los servicios con cobertura de Medicare.
Servicios de transporte ***Beneficio complementario*** Servicios de transporte de rutina (no de emergencia) en furgoneta/ transporte médico a cualquier ubicación relacionada con la salud hasta 24 viajes de ida por año. **Debe usar un proveedor aprobado por el plan.** Llame a Servicios para Asegurados (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual)	Usted no paga nada por viajes hacia y desde lugares relacionados con la salud aprobados.

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
Servicios de urgencia Un servicio con cobertura del plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de parte de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo le cobrará el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente. Los servicios de urgencia solo están cubiertos dentro de los Estados Unidos.	Usted paga el 20% de los costos para servicios con cobertura de Medicare (hasta un máximo de $40 por consulta). No se aplica el coseguro si le hospitalizan en el plazo de un (1) día.

Servicio con cobertura	Lo que usted paga
servicios para la vista, Los servicios con cobertura incluyen lo siguiente: • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubrimos un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas con diabetes, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, se cubre un examen de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. Si necesita 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 pares de anteojos después de la segunda cirugía. **Beneficio complementario:** • Un (1) examen de la vista de rutina por año • Anteojos (lentes de contacto o anteojos [lentes y marcos])	Usted paga el 20% de los costos por los servicios con cobertura de Medicare. Usted no paga nada por el examen de la vista de rutina. Usted no paga nada por los anteojos cubiertos en virtud del beneficio complementario. Permitido hasta $300 por año.
Consulta preventiva Bienvenido a Medicare Nuestro plan cubre una sola consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes de detección e inyecciones [o vacunas]) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** Nosotros cubrimos la consulta preventiva Bienvenido a Medicare únicamente durante los primeros 12 meses desde su inscripción en la Parte B de Medicare. Cuando pida su cita, comunique al consultorio de su médico que le gustaría programar su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*.	Usted no paga nada por la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*.

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

En esta sección le explicamos cuáles son los servicios que están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están incluidos en este plan.

La tabla que aparece a continuación muestra los servicios y artículos que no tienen cobertura de ningún modo o que tienen cobertura únicamente en circunstancias específicas.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, excepto de acuerdo con las condiciones específicas que se mencionan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información acerca de apelaciones de decisiones que hayamos tomado para no cubrir servicios médicos, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9.

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en ciertas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos	Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo malformada. Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	Puede estar cubierta conforme a los servicios de apoyo en el hogar/fuera del hogar que se detallan en la Sección 2 del Capítulo 4.
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales. Los productos y procedimientos experimentales son aquellos que Original Medicare determina que, generalmente, no están aceptados por la comunidad médica.	Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o los miembros de su hogar.	No cubiertos en ninguna situación
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	No cubiertos en ninguna situación
Servicios de alimentos a domicilio	No cubiertos en ninguna situación
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluidas tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	No cubiertos en ninguna situación
Servicios de un naturópata (emplean tratamientos naturales o alternativos).	No cubiertos en ninguna situación
Atención dental que no sea de rutina	La atención dental necesaria para tratar enfermedad o lesión puede tener cobertura como atención para pacientes internados o ambulatorios.
Calzado ortopédico o dispositivos de apoyo para los pies	Los zapatos que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de enfermería especializada, como por ejemplo, un teléfono o televisor.	No cubiertos en ninguna situación
Habitación privada en el hospital.	Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos sin receta.	No cubiertos en ninguna situación
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras.	No cubiertos en ninguna situación

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.	Se cubre un par de anteojos con marcos estándar (o un par de lentes de contacto) después de cada cirugía de cataratas en la que se implante una lente intraocular. Cierta cobertura limitada en virtud de los beneficios complementarios de los servicios para la vista en la Sección 2 del Capítulo 4.
Cuidado de rutina de los pies	Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes). Cierta cobertura limitada en virtud de los beneficios complementarios de los servicios de podiatría en la Sección 2 del Capítulo 4.
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos.	Cierta cobertura limitada en virtud de los beneficios complementarios de los servicios para la audición en la Sección 2 del Capítulo 4.
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare	No cubiertos en ninguna situación

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

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

Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

Generalmente, nuestro plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Deberá tener un proveedor (un médico, un dentista u otra persona autorizada a dar recetas) que emita la receta de sus medicamentos, los cuales deben ser válidos en virtud de la ley estatal.
- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta (consulte la Sección 2) de lo contrario, puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan en función de ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información)

SECCIÓN 2 Surta sus medicamentos con receta en una farmacia de la redo a través del servicio de pedidos por correo del plan.

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta tienen cobertura *solo* si son surtidos en las farmacias de la red de nuestra cobertura. (Para obtener más información sobre cuándo cubriremos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.4).

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con nuestro plan para proporcionar los medicamentos cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que están en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, consulte su *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (FL.AmHealthPlans.com) o llame a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046).

Usted puede acudir a cualquiera de las farmacias de la red.

Si su farmacia abandona la red

Si la farmacia a la que ha estado acudiendo deja la red de nuestro plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia que esté dentro de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de Departamento de Servicios para Asegurados llamando al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar a 1-833-312-0046) o usar el *Directorio de farmacias*.También puede encontrar la información en nuestro sitio web FL.AmHealthPlans.com.

Farmacias especializadas

En algunos casos, se deben surtir las recetas en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que suministran medicamentos para el tratamiento de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de centros de atención médica a largo plazo (LTC). Por lo general, los centros de LTC (tales como un asilo) tienen su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para obtener medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046).
- Farmacias que brinden servicios al Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Tribal/ Urbano para Indígenas (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para ubicar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de farmacias*FL.AmHealthPlans.com llamando al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046) o llame a Departamento de Servicios para Asegurados.

Sección 2.2 Cómo usar los servicios de pedidos por correo de nuestro plan

El servicio de pedido por correo de nuestro plan permite solicitar ***un suministro de al menos*** **30 días del medicamento y** ***un suministro de hasta*** **90 días**.

Para obtener información sobre cómo surtir sus medicamentos con receta por correo, llame a Servicios para Asegurados.

Por lo general, se le entregará un pedido de envío por correo de una farmacia en no más de 14 días.

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 pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le proporcionen el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar si la nueva receta se debe enviar, atrasar o detener.

Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo. Para resurtidos, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se le acabe el medicamento con receta actual para asegurarse de que su próximo pedido le sea enviado a tiempo.

Sección 2.3 ¿Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?

Nuestra cobertura ofrece 2 maneras de recibir un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento que figuran en la Lista de medicamentos de nuestra cobertura. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que toma regularmente para una afección crónica o de larga duración). Usted puede pedir este suministro por correo (consulte la Sección 2.2) o puede dirigirse a una farmacia minorista.

1. Algunas farmacias minoristas que forman parte de nuestra red le permiten adquirir suministros de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Su *Directorio de farmacias*FL.AmHealthPlans.com muestra cuáles son las farmacias de nuestra red que pueden proporcionarle suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046) para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de envío por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

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

Por lo general, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede acudir a una farmacia de la red. También contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como asegurado de nuestro plan. **Primero consulte con Departamento de Servicios para Asegurados** llamando al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046) para ver si hay alguna farmacia que participe en la red cerca de usted.

Se detallan las únicas circunstancias en las que cubrimos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red:

- Si no hay farmacias participantes cerca de usted, cubriremos los medicamentos con receta surtidos en una farmacia fuera de la red en caso de emergencia, según lo determine la

cobertura. Algunos ejemplos de situaciones de emergencia incluyen el hecho de que no haya farmacias de la red abiertas cerca de usted cuando necesita un medicamento con receta con urgencia o que no haya farmacias de la red que tengan en existencias un medicamento con cobertura que usted necesita. Cubriremos un suministro de hasta 30 días únicamente.

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no la parte normal que le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitarle un reembolso a nuestro plan). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan

Sección 3.1 La Lista de medicamentos nos dice cuáles medicamentos de la Parte D tienen cobertura

Nuestra póliza tiene una *Lista de medicamentos con cobertura (formulario)*. En esta *Evidencia de cobertura*, **la llamamos "Lista de medicamentos" para abreviar.**

Nuestra aseguradora selecciona los medicamentos de esta lista, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare. La Lista de medicamentos solo muestra los medicamentos que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

Generalmente, cubrimos los medicamentos de la Lista de medicamentos de nuestra póliza siempre y cuando usted siga las otras reglas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento constituya una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso de un medicamento que cumple con *una* de las siguientes condiciones:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o afección para la que fue recetado.
- O bien, avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos habituales. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico original y, generalmente, cuestan menos.

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

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

Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Consulte la Sección 7.1 para obtener más información).
- En otros casos, hemos decidido no incluir en la Lista de medicamentos un medicamento en particular.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la Lista de medicamentos. (Consulte el Capítulo 9 para obtener más información).

Sección 3.2 Cómo puede saber si un medicamento específico está incluido en la Lista de medicamentos

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

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que se proporcionó en formato electrónico.
- Visite el sitio web de nuestro plan (FL.AmHealthPlans.com). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046) para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos de nuestro plan o para solicitar una copia de la lista.
- Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan (FL.AmHealthPlans.com para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos y obtener una estimación de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046).

SECCIÓN 4 Restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlo a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la forma más eficaz. Para

averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de bajo costo funcionará médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas de nuestro plan están destinadas a alentarlo a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento con receta por su proveedor de atención médica, y pueden aplicar distintas restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con 2 por día, comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deben seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Llame a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, debe usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción.** Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan, según criterios específicos, antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto se denomina **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046) o visitando nuestro sitio web FL.AmHealthPlans.com.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que nuestro plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, nuestro plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se llama **terapia escalonada**. Los criterios de terapia escalonada de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046) o visitando nuestro sitio web American Health Advantage of Florida.

Límites en la cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que le surten un medicamento con receta. Por ejemplo, si normalmente se considera que

es seguro tomar solo una pastilla de cierto medicamento al día, nosotros podemos limitar la cobertura para su medicamento con receta a solo una pastilla al día.

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría

Existen situaciones en las que un medicamento con receta que toma, o que usted y su proveedor creen que debe tomar que no está en nuestra Lista de medicamentos, tiene restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento tiene cobertura, pero hay reglas o restricciones adicionales de la cobertura para el medicamento.

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, estas son algunas opciones de lo que puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, nuestro plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio.

Para ser elegible para un suministro provisional, el medicamento que toma **ya no debe estar en la Lista de medicamentos del plan** O **ahora está restringido de alguna manera**.

- **Si usted es un asegurado nuevo,** cubriremos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros **90 días** de su condición de asegurado en nuestro plan.
- **Si estuvo en nuestro plan el año pasado,** cubriremos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro provisional será por un máximo de 30 días. Si su receta es por menos días, permitiremos varios surtidos para proveer un suministro máximo de del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **Para aquellos asegurados que han estado en nuestro plan por más de 90 días y que viven en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento específico, o menos si la receta es para menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionado.

Si tiene preguntas sobre un suministro provisional, llame a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046).

Hable con su proveedor durante el período en que use su suministro de medicamentos provisional para decidir qué hacer cuando se termine su suministro. Tienes 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento.

Hable con su proveedor para ver si hay un medicamento diferente cubierto por nuestro plan que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046) para pedir una lista de medicamentos con cobertura que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede pedirle a nuestro plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos de nuestro plan. O puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 explica qué hacer. También menciona los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

SECCIÓN 6 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos tienen lugar al comienzo de cada año (1.° de enero). Sin embargo, durante el año, nuestro plan podrá hacer algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, nuestro plan podría hacer lo siguiente:

- **Añadir o eliminar medicamentos de la Lista de Medicamentos.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**
- Reemplace un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información sobre tales cambios en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente. A veces, recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que toma.

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

- **Agregar medicamentos nuevos a la Lista de medicamentos e inmediatamente eliminar o hacer cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
  - Cuando agreguemos una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La versión nueva del medicamento estará con las mismas restricciones o menos.
  - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
  - Podemos realizar estos cambios inmediatamente y decírselo más adelante, incluso si usted toma el medicamento que quitamos o sobre el que realizamos cambios. Si usted toma el medicamento en el momento en el que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hagamos.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos, y eliminar o hacer cambios a un medicamento similar en la Lista de medicamentos con aviso previo**.
  - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambos. La versión del medicamento que agregamos estará en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos.
  - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas versiones nuevas biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido para 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
  - A veces, un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto ocurre, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si toma ese medicamento, le informaremos después de que realicemos el cambio.
- **Hacer otros cambios sobre medicamentos de la Lista de medicamentos**
  - Es posible que una vez que el año haya comenzado hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos realizar cambios teniendo en cuenta los recuadros de advertencia de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

- Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional para 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos cualquiera de estos cambios en alguno de los medicamentos que toma, hable con la persona autorizada a dar recetas sobre las opciones que podrían funcionar mejor para usted, incluso cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando. Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que toma. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realice el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios le afecten a partir del 1.º de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

En general, los cambios que no le afectarán durante el año del plan actual son los siguientes:

- Si aplicamos una nueva restricción al uso que usted pueda hacer del medicamento.
- Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que toma (excepto para un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que toma que lo afectará durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Se *excluyen* algunos tipos de medicamentos con receta. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si toma medicamentos excluidos, debe pagarlos usted mismo. Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido en virtud de la Parte D, lo pagaremos o cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

A continuación, se presentan 3 normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre según la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.

- Nuestra cobertura no puede pagar la compra de medicamentos fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestra cobertura no incluye el uso *no autorizado* de medicamentos cuando el uso no está respaldado por ciertas referencias como American Hospital Formulary Service Drug Information y Micromedex DRUGDEX Information System. El *uso no autorizado* hace referencia a cualquier uso no indicado en la etiqueta del medicamento, según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.

Además, conforme a la ley, las siguientes categorías de medicamentos no están incluidas en los planes de medicamentos de Medicare:

- medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre);
- medicamentos que se usan para fomentar la fertilidad;
- medicamentos que se usan para aliviar la tos o los síntomas de resfrío;
- medicamentos que se usan para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello;
- vitaminas con receta y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro;
- medicamentos que se usan para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil;
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren solo al fabricante.

Si recibe Ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta, el programa Ayuda adicional no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar qué cobertura de medicamentos hay disponible para usted. (Busque los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo surtir un medicamento con receta

Para obtener su medicamento con receta, proporcione la información de asegurado de nuestro plan, que puede encontrarse en su tarjeta de asegurado, en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red facturará automáticamente a nuestro plan *nuestra* parte del costo de sus medicamentos. Deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando retire su medicamento con receta.

Si usted no tiene su información de asegurado del plan, usted o su farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de nuestro plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **quizá deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire**. Puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte

que nos corresponde pagar del costo compartido. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso a nuestro plan.

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

Sección 9.1 Qué sucede si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada durante una estadía cubierta por nuestro plan

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos con receta, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura, que se describen en este capítulo.

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

Por lo general, los centros de atención médica a largo plazo (LTC), como los asilos, tienen su propia farmacia, o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si es residente de un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro siempre y cuando forme parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* FL.AmHealthPlans.com para comprobar si la farmacia de su centro de LTC o la que usa forma parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046). Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Si usted es residente en un centro de LTC y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o está restringido de alguna manera, consulte la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Qué sucede si también tiene cobertura de medicamentos de una cobertura de un plan grupal para jubilados o empleadores

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo.** Puede ayudarle a entender cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos en relación con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura de su empleador o grupo de jubilados, la cobertura para medicamentos que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su grupo. Eso significa que la cobertura de su grupo paga primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

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

Si la cobertura del plan del grupo es acreditable, quiere decir que incluye una cobertura para medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos estándar de Medicare.

Conserve cualquier aviso sobre cobertura acreditable porque es posible que necesite estos avisos más adelante para demostrar que mantuvo la cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable, solicite una copia del administrador de beneficios de su empleador o plan de jubilados o del empleador o sindicato.

Sección 9.4 Qué sucede si se encuentra en un hospicio con certificación de Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de hospicio de Medicare y requiere ciertos medicamentos (por ejemplo, para las náuseas, un laxante, un analgésico o ansiolítico) sin cobertura de su centro de hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir notificación de la persona autorizada a dar recetas o de su proveedor del centro de hospicio que establezca que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que nuestro plan debe cubrir, solicite a la persona autorizada a dar recetas o a su proveedor del centro para pacientes terminales que proporcionen la notificación antes de que surtan su medicamento con receta.

En caso de que usted revoque su elección de un centro para pacientes terminales o que le den el alta de algún centro para pacientes con pacientes terminales, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos, como se explica en este documento. Para evitar cualquier demora en una farmacia cuando finalicen los beneficios del centro para pacientes terminales de Medicare, lleve a la farmacia documentación para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre gestión y seguridad de los medicamentos

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para asegurarnos de que nuestros asegurados estén recibiendo una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, como estos:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque usted toma otros medicamentos similares para tratar la misma afección.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo.

- ciertas combinaciones de medicamentos que podrían causarle daños si los toma al mismo tiempo;
- recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los cuales usted es alérgico;
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides.

Si detectamos un posible problema en el uso de los medicamentos, entablaremos comunicación con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.1 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los asegurados a tomar los medicamentos opioides en forma segura

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este programa se denomina Programa de administración de medicamentos (DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes personas autorizadas a dar recetas o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus personas autorizadas a dar recetas para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con quienes están autorizados a darle las recetas y, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides o benzodiacepina con receta puede no ser seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta en determinadas farmacias.
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta de parte de determinada persona autorizada para darle recetas.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta, se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga los medicamentos con receta solo de una persona autorizada a dar recetas o farmacia específicas. Tendrá la oportunidad de informarnos a qué personas que emiten recetas o farmacias prefiere acudir, y sobre 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 usted considera que cometimos un error o está en desacuerdo con nuestra decisión o con nuestra limitación, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente le enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No se lo colocará en un Programa de administración de medicamentos (DMP) si usted tiene determinadas afecciones, como dolor relacionado con un cáncer o enfermedad de células falciformes, o si recibe atención en un hospicio, paliativo o de final de vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Gestión de terapias con medicamentos (MTM) para ayudar a los asegurados a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros asegurados con necesidades médicas complejas. Nuestro programa se denomina Gestión de terapias con medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros para ayudar a garantizar que nuestros asegurados aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos asegurados que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan un monto específico de los costos de los medicamentos o se encuentran en un DMP para ayudar a los asegurados a usar sus opioides de manera segura pueden obtener servicios a través de un Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM). Si reúne los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud llevará a cabo una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga acerca de sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto debería tomar, el momento donde debería tomarlos y la razón por la que los está tomando. Además, los asegurados que forman parte del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre los pasos a seguir recomendados y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Tenga su lista de medicamentos actualizada y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación. Si tiene preguntas sobre este programa, comuníquese con Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046).

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

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

Si usted está inscrito en un programa que lo ayuda a pagar por sus medicamentos, **es posible que parte de la información que se encuentra en esta *Evidencia de cobertura* acerca de los costos por medicamentos con receta de la Parte D puede no se aplique a usted.** Nosotros le enviamos un anexo por separado, denominado *Cláusula de la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta* (también denominada *Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*), que le informa acerca de la cobertura de sus medicamentos. Si usted no tiene este anexo, llame a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046) y pida la *Cláusula adicional LIS*.

En este capítulo usamos el término "medicamento" en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos tienen cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare y, conforme a la ley, otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare.

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas reglas. Cuando utiliza la "Herramienta de beneficios en tiempo real" de nuestro plan para buscar cobertura de medicamentos (FL.AmHealthPlans.com), el costo que ve muestra una estimación de los costos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información de la "Herramienta de beneficios en tiempo real" llamando a Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046).

Sección 1.1 Tipos de costos de bolsillo que podría tener que pagar por medicamentos con cobertura

Existen 3 tipos diferentes de costos de bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D que se le puede pedir que pague:

- El **deducible** es el monto que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar nuestra parte.
- El **copago** es un monto fijo que usted paga cada vez que surte un medicamento con receta.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte un medicamento con receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que no cuenta como costos que paga de su bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para llevar un registro de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos se incluyen en sus gastos de bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo incluyen los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de los medicamentos:
  - Etapa del deducible
  - La Etapa de cobertura inicial.
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como asegurado de otro plan de medicamentos de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos
- Cualquier pago por sus medicamentos realizados por Ayuda adicional de Medicare, planes de salud de empresas o sindicatos, el Servicio de Salud para Indígenas, los programas de asistencia de medicamentos para el sida y la mayoría de las organizaciones de beneficencia.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o las personas que paguen en su nombre) hayan gastado un total de $2,100 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos no se incluyen en sus gastos de bolsillo

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

- La prima mensual del plan
- los medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios;
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta y las vacunas cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Pagos que usted realiza por medicamentos con receta que no suelen estar cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare.
- Los pagos por sus medicamentos realizados por determinadas coberturas y programas médicos financiados por el gobierno, como TRICARE y el Departamento de Asuntos de Veteranos (VA).

- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).
- los pagos realizados por fabricantes de medicamentos en virtud del Programa de descuentos de fabricantes.

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las indicadas anteriormente, paga parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo respecto de los medicamentos, usted tiene la obligación de informarlo a nuestro plan llamando a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046).

Seguimiento de sus costos totales de bolsillo

- La *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* que recibe incluye la cantidad actual de sus gastos de bolsillo. Cuando esta cantidad alcance los $2,100, la *EOB de la Parte D* le indicará que ha salido de la Etapa de cobertura inicial y ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. Consulte la Sección 3.1 para obtener información sobre lo que usted puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los asegurados de American Health Advantage of Florida

Hay 3 **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos con receta en American Health Advantage of Florida. La cantidad que paga por cada medicamento con receta depende de la etapa en la que se encuentre cuando obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son las siguientes:

Etapa 1: Etapa del deducible anual

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

Etapa 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

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

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que efectúa cuando obtiene sus medicamentos con receta o un resurtido en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. Hacemos un seguimiento de 2 tipos de costos:

- **Costos de bolsillo:** es el monto que pagó. Esto incluye lo que usted paga cuando obtiene un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago realizado por sus medicamentos por la Ayuda adicional de Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, Servicio de Salud para Indígenas, programas de asistencia de medicamentos para el sida, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).

- **Costos totales de los medicamentos:** es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si ha tenido uno o más medicamentos con receta surtidos a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *Explicación de beneficios de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye lo siguiente:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que nuestro plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1.° de enero.** Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Muestra el precio total del medicamento e información sobre cambios en el precio desde el primer resurtido para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles para cada reclamación de medicamento con receta, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener actualizada la información acerca de sus pagos por medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. A continuación, se indica cómo puede ayudarnos a mantener su información actualizada y correcta:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a que sepamos acerca de los medicamentos que está obteniendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que puede pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para realizar un seguimiento de sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, bríndenos copias de sus recibos. **Estos son algunos ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**
  - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
  - Cuando abona un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
  - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

- Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.

- **Envíenos información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por , un Programa estatal de asistencia farmacéutica, un programa de asistencia de medicamentos para el sida (ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llame a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 Etapa del deducible

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primera receta del año. Cuando se encuentre en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta alcanzar el monto del deducible de nuestro plan, que es de $615 para 2026.

El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas para viajes.

El costo total no puede exceder el precio justo máximo más las tarifas de suministro para medicamentos con precios negociados en virtud del Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare.

Una vez que haya pagado $615 por sus medicamentos de , saldrá de la Etapa del deducible y pasará a la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento con receta depende del medicamento y dónde lo surta

Durante la etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos cubiertos, y usted paga su parte (su monto del coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y dónde obtiene los medicamentos con receta.

Sus opciones de farmacias

Lo que usted paga por un medicamento depende del tipo de farmacia en que usted obtiene el medicamento:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no se encuentra en la red del plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.
- La farmacia de pedidos por correo de nuestro plan.

Para obtener más información acerca de estas opciones de farmacia y cómo surtir sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* de nuestro plan (FL.AmHealthPlans.com).

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

Durante la etapa de cobertura inicial, la parte del costo que le corresponderá por un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

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

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar dentro de la red (suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos en pedidos por correo (suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos por LTC (suministro de hasta 30 días)
Todos los medicamentos de la Parte D	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro

Usted no pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre los costos compartidos de las vacunas de la Parte D.

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, a usted o su proveedor le gustaría obtener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que

le entregue un suministro para menos de un mes completo, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido del plan.

Si recibe un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos, usted no tendrá que pagar el suministro para un mes completo.

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo paga por la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar del mes completo. Calculamos el monto que paga por día por su medicamento (el costo compartido diario) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

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

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90días.

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 90 días)	Costos compartidos en pedidos por correo (suministro para hasta 90 días)
Todos los medicamentos de la Parte D	25 % de coseguro	25 % de coseguro

Usted no pagará más de $70 por un suministro de hasta 2 meses o $105 por un suministro de hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo para el año alcancen $2,100

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo totales alcancen el monto de $2,100. Luego pasa a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

La EOB de la Parte D que reciba lo ayudará a llevar un registro de lo que usted, nuestro plan y cualquier otro tercero han gastado en usted durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de $2,100 en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. (Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo).

SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted ingresa en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando sus costos de bolsillo alcanzan el límite de $2,100 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

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

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o comuníquese con Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046) para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Hay 2 partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de **administrar la vacuna**. (A veces se le denomina colocación de la vacuna).

Sus costos de la Parte D dependen de 3 aspectos:

1. **Determinar si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor o Prácticas de Inmunización (ACIP).**
   - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el Comité Asesor o Prácticas de Inmunización (ACIP), y no le cuestan nada.
2. **Dónde obtiene la vacuna.**
   - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.
3. **Quién le administra la vacuna.**
   - Un farmacéutico u otro proveedor pueden administrar la vacuna en la farmacia. O un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que paga al momento de la administración de una vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago de medicamentos** en la que se encuentre.

- Cuando obtiene una vacuna, deberá pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que

le corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.

- Otras veces, cuando reciba una vacuna, paga solo su parte del costo en virtud de su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada.

A continuación, se presentan 3 ejemplos de formas de recibir la administración de una vacuna de la Parte D.

Situación 1: La vacuna de la Parte D se le administra en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados, no se permite que las farmacias administren ciertas vacunas).

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

Situación 2: La vacuna de la Parte D se le administra en el consultorio de su médico.

- Cuando obtiene la vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. En el caso de otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la vacuna (incluida la administración).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en sí en la farmacia de la red y luego la lleva al consultorio de su médico, donde le administraron la vacuna.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada por la vacuna en sí.
- En el caso de otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su coseguro por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. En el caso de otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna. .

t

CAPÍTULO 7:
Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte de los costos de sus servicios o medicamentos con cobertura

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura de nuestro plan o es posible que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (que se lo reembolsen). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más de la parte que le corresponde del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó o posiblemente por un importe más alto que la parte que le corresponde del costo compartido. Primero, intente resolver el tema de la factura con el proveedor. Si esto no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Analizaremos la factura y decidiremos si corresponde cubrir los servicios. Si decidimos que corresponde cubrirlos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que los costos compartidos permitidos por el plan. Si se contrata a este proveedor, usted aún tiene derecho a recibir tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que recibió:

1. **Cuando recibió atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan**

   Fuera del área de servicio, puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que el proveedor sea parte de nuestra red o no. En estos casos:

   - Usted solo es responsable de pagar su parte del costo por servicios de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia.
   - Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.

- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
  - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
  - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente a nuestra póliza y solicitarle a usted su parte del costo. Sin embargo, a veces, cometen errores y le solicitan a usted que pague más de lo que le corresponde.

- Solo debe pagar el monto de sus costos compartidos cuando recibe servicios con cobertura. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina **facturación del saldo**. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según nuestro plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en nuestro plan es retroactiva. (En forma retroactiva significa que el primer día de su solicitud de cobertura ya ha pasado. Es posible que la fecha de la solicitud de cobertura haya tenido lugar, incluso, el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Debe enviarnos cierta documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos el rembolso.

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener un medicamento con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted debe pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. **Cuando paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva con usted la tarjeta de asegurado del plan**

   Si usted no lleva con usted su tarjeta de asegurado del plan, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o busque la información de inscripción del plan. Si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta.

   Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado por el medicamento con receta.

6. **Cuando paga el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones**

   Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

   - Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse en su caso. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
   - Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado por el medicamento con receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir el servicio o medicamento. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debemos cubrirlos, rembolsaremos por nuestra parte del costo los costos de los servicios o medicamentos. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo debe solicitarnos que le realicemos un rembolso o que paguemos una factura que haya recibido

Puede solicitarnos que le devolvamos el dinero llamándonos o enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. **Debe presentarnos la reclamación dentro de los 120 días** desde la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Envíenos su solicitud de pago por correo postal junto con cualquier factura o recibo a la siguiente dirección:

American Health Advantage of Florida
Attn: Member Claims
201 Jordan Road
Franklin, TN 37067

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y le brindaremos una respuesta afirmativa o negativa

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione 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 que usted ha seguido todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Es posible que nuestra parte del costo no sea el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior al precio negociado). Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* tienen cobertura o que usted *no* siguió todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le informamos que no pagaremos la totalidad ni parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, vaya al Capítulo 9.

CAPÍTULO 8
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de una manera que sea conveniente para usted y coherente con sus sensibilidades culturales.

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con antecedentes culturales y étnicos diversos. Los ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la disposición de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Podemos también ofrecerle información en letra grande u otros formatos alternativos sin costo para usted, si la necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nuestra parte de forma tal que a usted le sirva, llame a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046).

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

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

Si tiene algún inconveniente para obtener información de parte de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, para ver a un especialista en salud de la mujer o para encontrar un especialista de la red, llame para presentar un reclamo ante el Departamento de Reclamos y Apelaciones del plan al 1-855-521-0626. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Para obtener información de parte nuestra de una manera que le sea conveniente, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios de intérpretes gratuitos disponibles para responder preguntas de asegurados con discapacidades y que no hablen inglés. Ponemos a disposición nuestro material en otros idiomas distintos del inglés. También podemos proporcionarle información en braille, letras grandes y otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de parte nuestra de una manera que le sea conveniente, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Si tiene alguna dificultad para recibir la información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja formal ante el departamento de Quejas Formales y Apelaciones al 1-833-283-9888. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de cobertura o en esta correspondencia, o bien, puede comunicarse con el Servicio al Cliente para solicitar información adicional.

Sección 1.2 Debemos garantizar que usted obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos con cobertura

Usted tiene derecho a elegir un proveedor en la red de nuestro plan para proporcionar y organizar sus servicios con cobertura. No requerimos que obtenga remisiones para ir a proveedores de la red.

Tiene derecho a obtener consultas y servicios con cobertura de la red de proveedores de nuestro plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

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

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

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

- Su información de salud personal incluye información personal que nos brindó cuando solicitó este plan, además de su expediente médico y otra información médica y sobre su salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le brindamos una notificación por escrito, llamada **Aviso de prácticas de privacidad**, que le informa acerca de 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 personas no autorizadas no tengan acceso a sus registros y que no los cambien.
- Excepto en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información de salud a cualquier persona que no esté proporcionando su atención o pagando su atención, *estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito o el de alguien a quien usted le haya dado poder legal para tomar decisiones por usted.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener en primer lugar un permiso de usted por escrito. Estas excepciones están permitidas o son requeridas por la ley.
    - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
    - Puesto que es nuestro asegurado por medio de Medicare, tenemos la obligación de darle a Medicare su información de salud que incluye información acerca de los medicamentos de la Parte D. Si Medicare difunde su información para estudios u otros usos, esto se llevará a cabo según los estatutos y regulaciones federales; generalmente, esto exige que no se comparta la información que lo identifica de manera exclusiva.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados en nuestro plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a solicitarnos que agreguemos información o corrijamos sus expedientes médicos. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer los cambios.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de la información de salud personal, llame a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046).

Sección 1.4 Estamos obligados a proporcionarle información acerca de nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios con cobertura

Como asegurado de American Health Advantage of Florida, tiene derecho a que le proporcionemos diferentes tipos de información.

Si quiere alguno de los siguientes tipos de información, llame a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046):

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

- **Información acerca de nuestros proveedores y farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener información acerca de las certificaciones de los proveedores y las farmacias de la red y sobre la forma en que les pagamos a dichos proveedores en nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las reglas que debe seguir cuando la utilice.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle cuál es su afección y sus opciones de tratamiento *de forma tal que sea fácil de entender para usted*.

También tiene derecho a participar en todas las decisiones acerca de su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen acerca de cualquier riesgo involucrado en su atención. Se le debe informar por adelantado si algún tipo de atención médica o tratamiento propuesto es parte de un estudio experimental. Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento experimental.
- **Derecho a decir "no".** Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a irse del hospital o de cualquier otro centro de salud, incluso si su médico le recomienda que no lo haga. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Eso significa que, *si usted lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para darle **a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted**, en caso de que en algún momento no sea capaz de tomar las decisiones usted mismo.
- **Proporcionar instrucciones por escrito a su médico** sobre cómo desea que se administre su atención médica en caso de que usted llegue a perder la capacidad para tomar sus propias decisiones.

Los documentos legales que puede utilizar para dejar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman **instrucciones anticipadas**. Los documentos llamados **testamentos en vida** y **poderes para decisiones médicas** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Cómo establecer una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede recibir un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Complete el formulario y fírmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas correctas.** Entrégueles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Puede darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

Si sabe de antemano que será hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve consigo una copia cuando vaya al hospital**.

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Es usted quien decide si desea completar una instrucción anticipada (es más, será usted quien decida si desea firmar alguna cuando se encuentre en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

Si sus instrucciones no se siguen

Si firmó una instrucción anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de Florida.

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

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Sin importar lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **estamos obligados a tratarlo de forma justa.**

Sección 1.7 Si cree que está siendo tratado deshonestamente o que sus derechos no están siendo respetados

Si cree que ha sido tratado deshonestamente o que sus derechos no han sido respetados debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, estado de salud, etnia, credo (creencias), edad o nacionalidad, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697), o bien, llame a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Se trata de algo diferente?

Si cree que ha sido tratado deshonestamente o que sus derechos no han sido respetados, *y* que *no* es un tema de discriminación, obtendrá ayuda para tratar el problema en los siguientes lugares:

- **Llame a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046).**
- **Llame al SHIP al 1-800-963-5337**.
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información acerca de sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Departamento de Servicios para Asegurados de nuestro plan al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046).**
- **Llame a su SHIP local** al **1-800-963-5337**.
- **Comuníquese con Medicare**
  - Visite https://www.Medicare.gov para leer la publicación *Medicare Rights & Protections (Derechos y protecciones de Medicare)* (disponible en: www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf).
  - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como asegurado de nuestro plan

Lo que tiene que hacer como asegurado de nuestro plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046).

- **Familiarícese con sus servicios con cobertura y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta *Evidencia de cobertura* para conocer lo que tiene cobertura y las normas que debe seguir para recibir los servicios con cobertura.
  - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.

- Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos de la Parte D.

- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro médico u otra cobertura para medicamentos, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Presente su tarjeta de asegurado de la póliza cada vez que reciba atención médica o adquiera sus medicamentos de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
  - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
  - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que comprenda.
- **Sea considerado.** Contamos con que todos nuestros asegurados respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que deba.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Debe pagar las primas del plan.
  - Debe continuar pagando una prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo asegurado del plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
  - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, aun así necesitamos saberlo** para poder mantener su documento que lo acredita como asegurado al día y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio del plan,no podrá seguir siendo asegurado de nuestro plan.**
- Si se muda, también infórmeselo al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).

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

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica 2 tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, usted deberá recurrir al **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones.**
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas** (también denominado reclamos).

Estos procesos cuentan con la aprobación de Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La información de este capítulo le ayudará a identificar el proceso correcto que debe utilizar y qué hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar las cosas, este capítulo utiliza palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

No obstante, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber qué términos utilizar para recibir la ayuda o la información correctas, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde conseguir más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe llamar a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Estas son dos organizaciones que pueden ayudarle:

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o cobertura médica. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre el SHIP en su estado.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.medicare.gov.

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe usar para tratar su problema?

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

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

Sí.

Consulte la **Sección 4, Guía sobre las decisiones de cobertura y apelaciones**

No.

Consulte la **Sección 10, Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros problemas**

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Guía sobre las decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente usamos el término **atención médica** para referirnos a artículos, servicios y medicamentos de la Parte B de Medicare. Usted utiliza el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para asuntos como determinar si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios.

Si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red de nuestro plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la *Evidencia de cobertura* deje en claro que el servicio remitido nunca está cubierto para ninguna afección. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, usted puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada sobre una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una apelación de Nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, la apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 evaluada por una organización de revisión independiente que no está conectada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para la atención médica, consulte la **Sección 5.4**.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan más adelante en la Sección 6.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (este capítulo explica los procesos de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.1 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

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

- **Llámenos a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046).**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser nombrado como su representante. Llame a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046) y solicite el formulario *Designación de representante*. (El formulario también está disponible en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.
  - Para atención médica o medicamentos con receta de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
  - Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046) y solicite el formulario de *Designación de representante*. (El formulario también está disponible en el www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.) El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.

- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, no podemos terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. No obstante, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 4.2 Normas y plazos para diferentes situaciones

Existen 4 situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. Proporcionamos detalles para cada una de estas situaciones:

- **Sección 5:** Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando el alta demasiado pronto
- **Sección 8:** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura finalizará demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios:* atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos [CORF]).

Si no está seguro de qué información se aplica a su caso, llame a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

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

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

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

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las 5 situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no autorización la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó atención médica y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Le informan que la cobertura para cierta atención médica que recibió y que estaba aprobada previamente se reducirá o interrumpirá y usted cree que reducir o interrumpir la atención puede ser perjudicial para su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

   Nota: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), debe leer las Secciones 7 y 8. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:
una decisión de cobertura que implica su atención médica se denomina **determinación de la organización**. Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación acelerada.**

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

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma dentro de los 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma dentro de las 72 horas para servicios médicos o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir 2 requisitos:

- *Solo puede solicitar* cobertura para artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago de artículos o servicios ya recibidos.
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de recurrir a los plazos estándares podría afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad de recuperar su función.

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

Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico), decidiremos si su salud exige que le comuniquemos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta donde:

- Explica que usaremos los plazos estándares
- Explica que si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
- Cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

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

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le comunicamos una respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de recibida su solicitud de un artículo o servicio médico que está sujeta a sus reglas de autorización previa. Si su artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si está solicitando un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud.

- **No obstante,** si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si solicitud es por un artículo o servicio médicos. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es acerca de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le otorgaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 para obtener información sobre las quejas).

En el caso de las decisiones de cobertura rápida usamos un marco de tiempo acelerado.

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

- **No obstante,** si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días más** si solicitud es por un artículo o servicio médicos. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito.

No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

- Si cree que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 10 para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud.

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

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:
Una apelación a nuestro plan por una decisión de cobertura de atención médica se denomina **reconsideración** del plan. Una apelación rápida también se llama **reconsideración acelerada.**

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

Por lo general, una apelación estándar se presenta dentro de los 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se presenta dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica, usted o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 5.2.

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

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela en una solicitud por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente una apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** después de la fecha del aviso escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tiene un buen motivo para no cumplirla, explique el motivo por el cual su apelación se retrasó cuando la

presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

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

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos, posiblemente contactándonos con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales **si está solicitando un artículo o servicio médico**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si está solicitando un medicamento de la Parte B.
  - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o prestar la cobertura que hemos acordado prestar dentro de las 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos toda o parte de su solicitud,** enviaremos su apelación automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para apelaciones estándares, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que no recibió aún, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su salud así lo exige.
  - Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales **si está**

solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

- Si cree que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
- Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), le enviaremos su solicitud a una apelación del Nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si respondemos Sí a todo o parte de lo que solicitó,** debemos autorizar o suministrar la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es por un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si solicitó un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 El Nivel 2 del proceso de apelación

Términos legales:
El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad revisora independiente.** A veces se denomina **IRE.**

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

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

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su **expediente del caso. Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Para la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe responderle a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** del momento en que recibe su apelación.

- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

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

- En el caso de la apelación estándar, **si está solicitando un artículo o servicio médico**, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de los 30 días calendario de haber recibido su apelación. Si su solicitud es por un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe responder a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** del momento en que recibe su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o proporcionar el servicio dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente en el caso de las solicitudes estándares. Para solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o brindar el medicamento de la Parte B dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente en el caso de las **solicitudes estándares**. Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización rechaza toda o parte de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina **defender la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:
  - Explica la decisión.
  - Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe

de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.

- Le explica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 explica los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 Qué sucede si nos pide que le paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica

En el Capítulo 7, se describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía los documentos que solicitan el reembolso, nos pide que tomemos una decisión de cobertura. A fin de tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica por la que usted pagó tiene cobertura. También comprobaremos si ha seguido las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aprobamos su solicitud**: Si la atención médica tiene cobertura y siguió las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo en un plazo normalmente dentro de los 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* tiene cobertura, o si usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta donde indique que no pagaremos la atención médica y detallaremos los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una 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. En el caso de apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.

- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

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

Sección 6.1 Qué debe hacer si tiene problemas para adquirir un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el pago de un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata sobre sus medicamentos de la Parte D únicamente.** Para simplificar, en general decimos *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir *medicamento con receta cubierto para pacientes externos* o *medicamento de la Parte D* en cada oportunidad. También usamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos con cobertura* o formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Términos legales:
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se llama **determinación de cobertura**.

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

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos cubiertos de nuestro plan. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, criterios de autorizaciones previas o el requisito de probar primero otro medicamento). **Solicite una excepción. Sección 6.2**

- Solicitar la aprobación previa para un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar un medicamento con receta que ya compró. **Solicitarnos un reembolso. Sección 6.4**

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

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

Sección 6.2 Cómo solicitar una excepción

Términos legales:
Solicitarnos la cobertura de un medicamento que no aparece en la Lista de medicamentos a veces se denomina solicitar una **excepción del formulario.** La solicitud de eliminación de una restricción sobre la cobertura para un medicamento es una **excepción del formulario.** Solicitar el pago de un precio más bajo por un medicamento no preferido con cobertura es una **excepción de nivel.**

Si un medicamento no tiene cobertura de la manera que usted desea, puede solicitarnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otra persona autorizada a dar recetas deberán explicar los motivos médicos por los cuales necesita que se le apruebe la excepción. Estos son 2 ejemplos de excepciones que usted o su médico, u otra persona que receta, pueden pedirnos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no forma parte de la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costos compartidos que se aplica a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar una excepción a un monto de costos compartidos que nosotros le exijamos pagar por el medicamento.
2. **Eliminación de una restricción para un medicamento con cobertura**. En el Capítulo 5 se describe las normas o restricciones adicionales que aplican a determinados medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. omitir esta secciónSi aceptamos hacer una excepción y eliminar una restricción, puede solicitar una excepción en el monto de los costos compartidos que le solicitamos que pague por el medicamento.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe conocer antes de solicitar excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, 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 fuera tan eficaz como el medicamento que solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente no aprobaríamos la solicitud de excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año de nuestro plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión al presentar una apelación.

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

Términos legales:
Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación de cobertura acelerada.**

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

Las **decisiones de cobertura estándares** se toman en un plazo de **72 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápidas** se toman en un plazo de **24 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su médico.

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

- Debe estar pidiendo un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- Usar las fechas límite estándares puede causar un grave peligro para su salud o dañar su capacidad física.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos informa que su salud exige una decisión de cobertura rápida, le comunicaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico o de la persona autorizada a dar recetas), decidiremos si su salud exige que le comuniquemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta donde:
  - Explica que usaremos las fechas límite estándares.
  - Explica que si su médico u otra persona autorizada a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.

- Le indica cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Tenemos que aceptar toda solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el *Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS,*o en el formulario de nuestro plan, que está disponible disponible en nuestro sitio web FL.AmHealthPlans.com. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Inserte el texto Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, la información de contacto y la información que identifica la reclamación denegada por la que se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 le indica cómo puede dar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo,** que son los motivos médicos de la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. Su médico u otra persona autorizada a dar recetas también pueden informarnos acerca de dichos motivos por teléfono y posteriormente enviarnos una declaración por escrito por fax o correo en caso de que sea necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le comunicamos una respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Por lo general, tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
  - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó,** tenemos que prestar la cobertura que hemos acordado prestar dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o de la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Por lo general, tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
  - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó,** tenemos que **prestar la cobertura** que hemos acordado prestar **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud o de la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos cubrir una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos efectuarle el pago dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura del medicamento que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:
Una apelación presentada a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **redeterminación** del plan. Una apelación rápida también se denomina **redeterminación acelerada.**

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

Una apelación estándar generalmente se presenta dentro de los 7 días calendario. Una apelación rápida generalmente se presenta dentro de las 72 horas. Si su salud lo exige, solicite una apelación rápida.

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe pedir una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándares, envíe una solicitud por escrito**o llámenos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-855-521-0626**. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Tenemos que aceptar toda solicitud por escrito,** incluida una solicitud presentada en el *Formulario modelo de solicitud de redeterminación de los CMS,* que está disponible en nuestro sitio web. FL.AmHealthPlans.com Incluya su nombre, su información de contacto y la información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** después de la fecha del aviso escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tiene un buen motivo para no cumplirla, explique el motivo por el cual su apelación se retrasó cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden proporcionarnos más información para respaldar su apelación.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos prestar la cobertura que hemos acordado prestar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Para apelaciones estándares, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

- Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos cubrir una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos efectuarle el pago dentro de los **30 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se remitirá al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

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

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

Paso 1: Usted (su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitarle una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.

  - **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** después de la fecha del aviso escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de **en riesgo** bajo nuestro programa de gestión de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la IRE.
- Le enviaremos a esta organización de revisión independiente la información sobre su apelación. Esta información se denomina su **expediente del caso. Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.**

- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

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

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

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo exigiera, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización acepta concederle una apelación rápida, dicha organización debe comunicarle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándares, la organización de revisión independiente debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si está solicitando el reembolso de un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

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

En el caso de las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos prestar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión independiente **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de dicha organización.

En el caso de las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **prestar la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión independiente **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud una solicitud de reembolso** de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.

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

Si esta organización rechaza **una parte o la totalidad de** su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se denomina **defender la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:

- Explica la decisión.
- Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- Le indica el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

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

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando el alta demasiado pronto

Cuando se le ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día en que sale del hospital se denomina **fecha del alta**.
- Una vez que se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si considera que le piden que deje el hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sus derechos

Después de 2 días calendario de su hospitalización, se le entregará un aviso escrito denominado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios

de TTY deben llamar al 1-833-312-0046) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Dice lo siguiente:
   - Su derecho a recibir servicios con cobertura de Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
   - Su derecho a participar en todas las decisiones sobre su hospitalización.
   - dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria;
   - su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión sobre su alta si considera que le están dando el alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.
2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
   - Firmar este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.
3. **Conserve una copia** del aviso a su alcance, de manera que tenga 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 el aviso más de 2 días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
   - Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en https://www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos durante un tiempo más prolongado, use el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046). O llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro

médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto del SHIP se encuentra disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Esta comprueba si la fecha de alta prevista es médicamente adecuada para usted. La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención suministrada a personas con Medicare. Esto incluye la revisión de las fechas de alta del hospital correspondientes a las personas que están inscritas en Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad correspondiente a su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Tiene que actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*), se le explica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe de inmediato:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes* de dejar el hospital y debe hacerlo **antes de la medianoche del día del alta.**
  - **Si usted cumple con esta fecha límite**, puede permanecer en el hospital *después* de su fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión por parte de la Organización para la mejora de la calidad.
  - **Si no cumple con esta fecha límite, comuníquese con nosotros.** Si decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta prevista, *es posible que deba pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta prevista.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos contacten, le daremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso le indica su fecha prevista del alta y le indica su fecha prevista del alta y le explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** si llama a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046) o a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede obtener un ejemplo de aviso en línea en https://www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud en la Organización para la Mejora de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que debe continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le dará su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente adecuado) darle el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión independiente *acepta* su apelación, **debemos seguir suministrando sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados mientras estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, puede haber limitaciones sobre sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación, significa que, para dicha organización, su fecha de alta prevista es médicamente adecuada. Si sucede esto, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad le responda a su apelación.
- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior al día en que la Organización para la mejora de la calidad le responda a su apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación *y* usted permanece en el hospital después de la fecha de alta prevista, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que usted va a pasar al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización para la Mejora de la Calidad y pida otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechace* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión independiente la acepta:

- **Tenemos que reembolsarle** nuestra parte del costo de la atención hospitalaria que ha recibido desde mediodía del día posterior al día del rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesaria.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión independiente la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, tiene que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.

- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finalizará demasiado pronto

Cuando recibe **servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de rehabilitación integral para pacientes externos) con cobertura**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios con cobertura para ese tipo de atención durante el tiempo que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los 3 tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura de esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención.*

Si cree que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.1 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

Término legal:
Aviso de no cobertura de Medicare. Le informa cómo puede solicitar una **apelación por vía rápida**. Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

Término legal:

1. **Recibe un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan interrumpa la cobertura de su atención. El aviso dice lo siguiente:
   - La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una apelación rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más largo.
2. **Se le pedirá que usted o alguien que actúa en su nombre firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre el momento en que se interrumpirá su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de interrumpir su atención.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046). O llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto del SHIP se encuentra disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada. La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención suministrada a personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presentar su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite una *apelación por vía rápida*. Tiene que actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió *(Aviso de no cobertura de Medicare)* le indica cómo comunicarse con esta organización. También puede buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad correspondiente a su estado en el Capítulo 2.

Actúe de inmediato:

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para comenzar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor** que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si no cumple con la fecha límite y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad utilizando la información de contacto que figura en el *Aviso de falta de cobertura de Medicare*. Puede encontrar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal:
Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

Término legal:

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al finalizar el día, los revisores nos informan sobre su apelación y usted también recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** que explica en detalle nuestros motivos para finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos seguir suministrando sus servicios con cobertura mientras estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Puede haber limitaciones sobre sus servicios con cobertura.

¿Qué sucede si los revisores rechazan?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha en que le informamos.**
- Si decide seguir recibiendo atención médica a domicilio, o atención de un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes externo (CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de la atención.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted elige continuar recibiendo atención médica después de que ha finalizado la cobertura de la atención, podrá presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su atención médica a domicilio, atención de un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización para la Mejora de la Calidad y pida otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechace* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente acepta?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los gastos de atención que ha recibido desde la fecha en que nosotros determinamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

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

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.

- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de 5 niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo seguir con su apelación al Nivel 3, 4 y 5

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 Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros 2 niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez de derecho administrativo** o un árbitro abogado que trabajen para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el árbitro abogado aceptan su apelación, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado.** A diferencia de la decisión de una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o el árbitro abogado.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Podemos esperar a la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- **Si el juez de derecho administrativo o el árbitro abogado rechazan su apelación, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado**.

- Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa o el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión de apelación de Nivel 3 favorable, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado.** A diferencia de la decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 4 que sea favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, tenemos que autorizar o proporcionarle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado.**
  - Si decidimos aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo debería continuar con ese proceso.

Apelación de Nivel 5

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

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

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 Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros 2 niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un juez de derecho administrativo o un árbitro abogado que trabajen para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones ha finalizado**. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobaron el juez de derecho administrativo o el árbitro abogado **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago no más de 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado.**
  - Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones ha finalizado**. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago no más de 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado.**
  - Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, o rechaza su solicitud de revisión de apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten seguir a una apelación de Nivel 5. También le dirá con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5

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

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

Presentación de quejas

SECCIÓN 10 Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros problemas

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas maneja el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solamente* se usa para ciertos tipos de problemas. Entre ellos, se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Faltas de respeto, mal servicio al cliente u otras conductas negativas	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿No está conforme con nuestro Departamento de Servicios para Asegurados? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para concertar citas o espera demasiado para conseguir una? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O lo han hecho nuestros Departamento de Servicios para Asegurados u otros miembros del personal del plan? ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o las condiciones de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que le brindamos	• ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es difícil de entender nuestra información escrita?

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Estos tipos de quejas están todos relacionados con la *puntualidad* de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y apelaciones)	Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Nos solicitó una *decisión de cobertura rápida* o una *apelación rápida* y le respondimos que no se la otorgaremos, puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos las fechas límite para darle una decisión de cobertura o de apelación, puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo con las fechas límite para cubrir o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados, puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con las fechas límite requeridas para remitir su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales
• Una **queja** también se denomina un **reclamo.** • **Presentar una queja** también se denomina **presentar un reclamo.** • **Uso del proceso para presentar quejas** también se denomina **uso del proceso de presentación de reclamos**. • Una **queja rápida** también se denomina **reclamo acelerado.**

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Por lo general, el primer paso es llamar a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046).** Si hay algo más que deba hacer, Departamento de Servicios para Asegurados le informará.
- **Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho) puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Si nos envía un reclamo por escrito o si tiene un reclamo sobre la calidad de la atención, le enviaremos por correo una carta de acuse de recibo que confirme los hechos del reclamo por escrito dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su reclamo.
- Si necesitamos más tiempo para abordar su reclamo o si usted desea proporcionar información adicional, podemos tomarnos hasta 14 días adicionales para responder a su reclamo. Si

nos tomamos los 14 días adicionales, le enviaremos una carta para informarle que hemos extendido el plazo hasta 14 días.

- **Reclamos acelerados:** Puede presentar un reclamo acelerado en forma oral o por escrito si no está de acuerdo con nuestra decisión de no realizar una determinación de organización/cobertura acelerada (autorización) o una redeterminación/reconsideración acelerada (apelación). Puede presentar un reclamo acelerado si no está de acuerdo con la decisión del plan de solicitar una extensión de 14 días. Puede solicitar un reclamo acelerado al comunicarse con Servicios para Asegurados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Le proporcionaremos una respuesta en un plazo de 24 horas.
- La **fecha límite** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea quejarse.

Paso 2: Analizamos su queja y le brindamos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama a causa de una queja, podremos darle una respuesta en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responde dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y el retraso es lo más adecuado para usted, o si usted solicita más tiempo, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos unos días adicionales, le informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de decisión de cobertura rápida o apelación rápida, automáticamente le permitiremos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le **responderemos dentro de las 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con toda o parte de su queja o no asumimos responsabilidad por el problema objeto de su queja, incluiremos nuestros motivos en nuestra respuesta.

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad

Cuando su queja se trate sobre la *calidad de la atención*, también tendrá 2 opciones adicionales:

- **Podrá presentar su queja ante la Organización para la Mejora de la Calidad.** La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

  O bien

- **Podrá presentar su queja ante la Organización para la Mejora de la Calidad.**

Sección 10.4 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre American Health Advantage of Florida directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare visite https://www.Medicare.gov/my/medicare-

complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10
Finalización de su condición de asegurado en nuestro plan

SECCIÓN 1 Finalización de su condición de asegurado en nuestro plan

La finalización de su condición de asegurado de American Health Advantage of Florida puede ser **voluntaria** (de su elección) o **involuntaria** (no de su elección):

- Puede abandonar nuestra cobertura porque decide que *desea* hacerlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su condición de asegurado voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica y medicamentos con receta y seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos hasta que finalice su condición de asegurado.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su condición de asegurado en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede finalizar su condición de asegurado en cualquier momento

Puede finalizar su condición de asegurado American Health Advantage of Floridaen cualquier momento.

- Debido a que vive en un asilo, puede **finalizar su condición de asegurado** en American Health Advantage of Florida en cualquier momento.
- Si decide **cambiar a un nuevo plan**, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
  - Original Medicare *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
  - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
    - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar de la inscripción automática.

  Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y se queda sin cobertura para medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es

posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se afilia a un plan de medicamentos de Medicare.

- Su **condición de asegurado se cancelará normalmente** el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar nuestro plan.

Sección 2.2 Obtenga más información sobre cuándo finalizar su condición de asegurado

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su condición de asegurado, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Departamento de Servicios para Asegurados**al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046).
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare y Usted2026***.
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Cómo puede finalizar su condición de asegurado en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su condición de asegurado en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	**Esto es lo que debe hacer:**
Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en el plan American Health Advantage of Florida se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en el plan American Health Advantage of Florida se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Original Medicare *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción**. Comuníquese con Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046) si necesita obtener más información sobre cómo hacer esto. • También puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en el plan American Health Advantage of Florida se cancelará cuando comience la cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta la finalización de su condición de asegurado, tiene que seguir recibiendo sus artículos, servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su condición de asegurado, y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus medicamentos con receta, servicios y artículos médicos a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando nuestras farmacias de la red o pedido por correo para surtir sus medicamentos con receta.**
- **Si, el día en que finaliza su condición de asegurado, se encuentra internado, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta el alta** (incluso si le dan el alta después del inicio de la nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 American Health Advantage of Florida debe finalizar su condición de asegurado en ciertas situaciones

American Health Advantage of Florida debe finalizar su condición de asegurado en nuestro plan si se dan cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.

- Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046) para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.

- Usted no cumple con los requisitos especiales de elegibilidad de nuestro plan.

  - Debe vivir en un centro contratado o dentro de un condado cubierto si es el equivalente institucional. Si abandona el centro o reside en un condado que no está cubierto, el plan cancelará su inscripción involuntariamente al final del mes siguiente a partir de la primera notificación del plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le proporciona cobertura para medicamentos con receta.
- Si nos brinda intencionalmente información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero permiso de Medicare).
- si continuamente tiene una conducta perturbadora, lo que dificulta que podamos brindarle atención médica a usted y a otros de nuestros asegurados; (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero permiso de Medicare).
- si permite que otra persona use su tarjeta de asegurado para recibir atención médica; (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero permiso de Medicare).

  - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos.

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo podemos finalizar su condición de asegurado, llame a Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046).

Sección 5.1 No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por un motivo relacionado con la salud

American Health Advantage of Florida no tiene permitido obligarlo a abandonar nuestro plan por un motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si cree que lo obligan a abandonar nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su condición de asegurado en el plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicar cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de finalizar su cobertura.

CAPÍTULO 11
Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre ley vigente

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y la normativa creada conforme a la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

No discriminamos por motivo de raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamos, antecedentes médicos, información genética, prueba de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. 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 de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene dudas sobre discriminación o trato desigual, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en https://www.hhs.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Departamento de Servicios para Asegurados al 1-855-521-0626 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046). Si tiene una queja, como por ejemplo un problema para acceder a una silla de ruedas, Departamento de Servicios para Asegurados puede ayudar.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios con cobertura de Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. Conforme a la normativa de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en los artículos 422.108 y 423.462 del título

42 Código de Reglamentos Federales (CFR), American Health Advantage of Florida, como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría conforme a la normativa de los CMS en las subpartes B a la D de la parte 411 del título 42 del CFR y las reglas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12 *Definiciones*

Centro de cirugía para pacientes externos: un centro de cirugía para pacientes externos 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.

Apelación: es algo que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo de solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta, o bien pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldo: situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le factura al paciente más que la cantidad de costo compartido de nuestro plan. Como asegurado de American Health Advantage of Florida, solo tiene que pagar los montos de costos compartidos de nuestro plan cuando reciba sus servicios con cobertura. No permitimos que los proveedores **facturen con saldo** o que le cobren de otro modo un monto de costos compartidos superior al que nuestro plan indica que debe pagar.

Período de beneficios: el modo en que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de los servicios del centro de enfermería especializada (SNF) y hospital. Un período de beneficios empieza el día en que usted es internado en un hospital o en un centro de cuidados médicos especializados. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si acude a un hospital o a un centro de enfermería especializada luego de que finalizó un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible de paciente hospitalizado para cada período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Producto biológico: un medicamento con receta que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por eso las formas alternativas se denominan biosimilares (consulte "**Producto biológico original**" y "**Biosimilar**").

Biosimilar: un producto biológico que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte "**Biosimilar intercambiable**").

Medicamento de marca: medicamento con receta que fabrica y vende 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. 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.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: la etapa en el Beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otra parte elegible en su nombre) ha gastado $2,100 en

medicamentos con cobertura durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Plan de necesidades especiales para atención crónica (C-SNP): los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades graves y crónicas específicas.

Coseguro: monto que tal vez deba pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) como parte del costo de los servicios o medicamentos con receta después de pagar cualquier deducible.

Queja: el nombre formal para presentación de una queja es **presentación de un reclamo**. El proceso de quejas se usa *solamente* para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no cumple con los plazos establecidos en el proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): un centro que principalmente brinda servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, lo que incluye fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología de habla y el lenguaje y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago: monto que tal vez deba pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta médica, una consulta como paciente ambulatorio en un hospital o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, $10) más que un porcentaje.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a los montos que debe pagar el asegurado cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto es complementario a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: (1) cualquier monto del deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo del copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto del coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento que le recetaron está cubierto por nuestro plan y el monto, si hubiera, que debe pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Necesita llamar o escribir a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura**.

Medicamentos con cobertura: el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Servicios con cobertura: el término que usamos para referirnos a todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Cobertura para medicamentos con receta acreditable: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que paga, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando son elegibles para Medicare pueden, en general, conservar esa cobertura sin pagar una multa si deciden solicitar cobertura más tarde en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es atención personal suministrada en un asilo, centro de hospicio u otro centro donde usted no necesite atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado asistencial que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional incluye ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de la gente hace sola, como colocarse gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Tasa diaria de costos compartidos: una tasa diaria de costos compartidos puede aplicarse cuando su médico le recete un suministro correspondiente a menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba pagar un copago. Una tasa diaria de costos compartidos es el copago dividido por la cantidad de días del suministro de un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de $30, y un suministro de un mes en nuestro plan es de 30 días, entonces su tasa de costo compartido diario es de $1 por día.

Deducible: el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que pague nuestro plan.

Cancelar la inscripción o **Cancelación de la inscripción:** el proceso para finalizar su condición de asegurado en nuestro plan.

Tarifa de despacho: tarifa que se cobra cada vez que se despacha un medicamento con cobertura para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar el medicamento con receta.

Planes de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho a acceder a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) y a asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Persona con doble elegibilidad: una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo médico duradero: ciertos equipos médicos que ordena su médico por motivos médicos. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica se presenta cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, creen que usted presenta síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad, de la función de

una extremidad, la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Atención de emergencia: se refiere a los servicios con cobertura: 1) suministrados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y 2) necesarios para el tratamiento, la evaluación o la estabilización de una afección de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC) e Información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y otros adjuntos, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted tiene que hacer como asegurado de nuestro plan.

Excepción: tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no aparece en nuestro Formulario (una excepción del Formulario) o recibir un medicamento no preferido a un nivel inferior de costos compartidos (excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Ayuda Adicional: programa Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluidas las quejas sobre la calidad de su atención. No implica controversias de cobertura o pago.

Asistencia médica en el hogar: una persona que brinda servicios que no necesitan de las habilidades de un terapeuta o personal de enfermería matriculado, como la ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o llevar a cabo los ejercicios indicados).

Hospicio: un beneficio que proporciona tratamiento especial para un asegurado que recibió la certificación médica de enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo un asegurado de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Estancia como paciente internado: hospitalización en la cual se le admite formalmente en el hospital para brindarle servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.

Monto del ajuste mensual acorde a sus ingresos (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado como se informa en su declaración anual de ingresos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años está por encima de un cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual acorde a sus ingresos, también conocido como IRMAA.

El IRMAA es un cargo adicional que se suma a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas, así que la mayoría no paga una prima mayor.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus costos de bolsillo para el año hayan alcanzado el monto límite de costos de bolsillo.

Período de inscripción inicial: cuando cumple los requisitos para participar en Medicare por primera vez, el período en el cual usted puede inscribirse para la Parte A y B de Medicare. Si cumple los requisitos para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales institucional (I-SNP): los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días consecutivos en ciertos centros de atención a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP equivalentes institucionales (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales basados en centros (FI-SNP).

Plan de necesidades especiales equivalente institucional (IE-SNP): un IE-SNP restringe la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva porque cumple con requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de medicamentos con cobertura (formulario o Lista de medicamentos): lista de medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte Ayuda adicional.

Programa de descuentos del fabricantes: programa en el que los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Precio justo máximo: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Gasto máximo de bolsillo: el monto máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios con cobertura de la Parte A y la Parte B que forman parte de la red. Los montos que paga por las primas del plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y por los medicamentos con receta no se contemplan para el gasto máximo de bolsillo. Además del gasto máximo de bolsillo para los servicios médicos con cobertura de la Parte A y la Parte B que están dentro de la red, también tenemos un gasto máximo de bolsillo para ciertos tipos de servicios.

Medicaid (o Asistencia Médica): es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda asistencia para pagar los costos médicos a algunas personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Indicación médicamente aceptada: uso de un medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y Micromedex DRUGDEX Information system.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: programa federal de seguro médico destinado a personas mayores de 65 años, determinadas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (en general, con insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: período fijo del 1.º de enero al 31 de marzo en el cual los asegurados de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Cobertura Medicare Advantage (MA): a veces se denomina Parte C de Medicare. Es un plan que ofrece una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO), ii) una Organización de Proveedores Preferidos (PPO), iii) un plan privado de pago por servicios (PFFS) o iv) una cuenta de ahorros para gastos médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, las coberturas Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura para medicamentos con receta). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con Cobertura para Medicamentos con receta**.

Servicios con cobertura por Medicare: servicios con cobertura por la Parte A y Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare. El término “servicios con cobertura por Medicare” no incluye los beneficios adicionales, como de la visión, dentales o de la audición, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

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 que tienen Medicare que se inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los planes de Necesidades Especiales, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): es un seguro para ayudar a los pacientes externos a pagar los medicamentos con receta, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas que se proporciona a personas que cumplen

con ciertos requisitos o están en un programa de administración de medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare que venden compañías de seguro privadas para cubrir las interrupciones de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Asegurado (Asegurado de nuestro plan o Asegurado del plan): una persona que cuenta con Medicare y es elegible para recibir servicios con cobertura, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción está confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios para Asegurados: un departamento de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre condición de asegurado, beneficios, reclamos y apelaciones.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan donde los asegurados pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos solo si son surtidos en las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: **proveedor** es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total, y en algunos casos, para coordinar además de proporcionar servicios con cobertura a los asegurados de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Período de inscripción abierta: el período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año, en el cual los asegurados pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o pasar a Original Medicare.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si están cubiertos los artículos o los servicios, o bien sobre el monto que usted debe pagar por los servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Producto biológico original: producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve como comparación para fabricantes que fabrican una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Original Medicare (**Medicare tradicional** o Medicare de **pago por servicios**): el gobierno ofrece Original Medicare, no un plan de salud privado, como los planes Medicare Advantage y de medicamentos con receta. Con Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica, de montos establecidos por el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene 2 partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o brindar medicamentos con cobertura a los asegurados de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que recibe de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o brindar servicios con cobertura a los asegurados de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Costos de bolsillo: consulte la definición de costo compartido anterior. El requisito de costo compartido de un asegurado de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo de bolsillo del asegurado.

Límite de costos de bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Parte C: consulte el Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: Programa de Beneficios de Medicamentos con receta voluntario de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos en virtud de la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos como medicamentos de la Parte D. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: monto agregado a la prima mensual del plan para la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta de Medicare) durante un período de 63 días consecutivos o más después de que es elegible por primera vez para afiliarse a un plan de la Parte D.

Plan de la Organización de Profesionales Preferidos (PPO): un plan PPO es un plan Medicare Advantage con una red de proveedores contratados que aceptaron atender a asegurados del plan a cambio del pago de un monto específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. Los costos compartidos del asegurado generalmente serán mayores cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica por la cobertura de salud o para medicamentos con receta.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando el tratamiento probablemente funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Proveedor (PCP): el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación por adelantado para recibir servicios o determinados medicamentos según criterios específicos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se indican los servicios con cobertura que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos para brazo, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o función del cuerpo, incluidos los suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para la Mejora 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.

Límites de cantidad: herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

"Herramienta de beneficios en tiempo real": un portal o una aplicación informática donde los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica del afiliado sobre el Formulario y los beneficios. Esto incluye los montos de costo compartido, los medicamentos alternativos del Formulario que se pueden utilizar para la misma afección que un medicamento dado, y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Remisión: una orden por escrito de su médico de atención primaria para que visite a un especialista u obtenga ciertos servicios médicos. Sin una remisión, nuestro plan puede o no pagar los servicios de un especialista.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (para pacientes externos), terapia del lenguaje y del habla, y terapia ocupacional.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Área de servicio: área geográfica donde debe vivir para afiliarse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención en Centros de enfermería especializada (SNF): servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada suministrados en forma continua, diaria, en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Período de inscripción especial: tiempo determinado para que los asegurados puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Las situaciones en que puede ser elegible para un período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de

servicio, si recibe Ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un asilo o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Plan de necesidades especiales: tipo de plan especial de Medicare Advantage que brinda atención médica más específica para determinados grupos de personas, como quienes están inscritos en Medicare y Medicaid, quienes viven en un asilo o quienes padecen ciertas afecciones crónicas.

Terapia escalonada: recurso de uso que le exige que pruebe primero otro medicamento para tratar su afección antes de que podamos cubrir el medicamento que su médico pueda haberle recetado inicialmente.

Ingreso de seguridad complementario (SSI): beneficio mensual que les paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados, que tengan una discapacidad, sean ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia: un servicio con cobertura del plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o no es razonable, dado el tiempo, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

American Health Advantage of Florida Departamento de Servicios para Asegurados

Método	Servicios para Asegurados: información de contacto
TELÉFONO	1-855-521-0626 Las llamadas a este número son gratuitas.De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, del 1.° de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1.° de abril al 30 de septiembre Departamento de Servicios para Asegurados también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-833-312-0046 Las llamadas a este número son gratuitas.De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, del 1.° de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1.° de abril al 30 de septiembre
FAX	1-855-417-9171
CORREO POSTAL	American Health Advantage of Florida 201 Jordan Rd Franklin, TN 37067
SITIO WEB	FL.AmHealthPlans.com

Servicio a las necesidades de seguro médico de personas mayores (SHINE)

Servicio a las necesidades de seguro médico de personas mayores (SHINE) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre los seguros médicos en su localidad a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
TELÉFONO	1-800-963-5337
CORREO POSTAL	4040 Esplanade Way Ste 270 Tallahassee, FL 32399-7000
SITIO WEB	www.floridashine.org

Declaración de Divulgación de PRA *Conforme a la Ley de Reducción de Trámites (PRA) 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 Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta solicitud de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a esta*

dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

AMERICAN HEALTH ADVANTAGE OF FLORIDA

Teléfono gratuito: 1-855-521-0626 (usuarios de TTY/TDD llamar al 1-833-312-0046) Horario de atención: del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a 20:00, todos los días; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a 20:00, de lunes a viernes. FL.AmHealthPlans.com