

ESPAÑOL



HealthSun
HEALTH PLANS

2022

**EVIDENCIA DE
COBERTURA**

MediMax (HMO) | 006
Condados de Miami-Dade y Broward

1.º de enero - 31 de diciembre de 2022

Evidencia de Cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y cobertura de medicamentos recetados de Medicare como miembro de HealthSun MediMax (HMO)

En este folleto, se detalla la cobertura de atención de la salud y de medicamentos recetados de Medicare desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2022. Se detalla cómo obtener cobertura para los servicios de atención de la salud y medicamentos recetados que usted necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, HealthSun MediMax (HMO), lo ofrece HealthSun Health Plans. (En esta *Evidencia de Cobertura*, los pronombres “nosotros”, “nos” o “nuestro/a/os/as” hacen referencia a HealthSun Health Plans. Y los términos “plan” o “nuestro plan” hacen referencia a HealthSun MediMax HMO).

Este documento está disponible en español de forma gratuita. Este documento está disponible en español. **ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

Comuníquese con Servicio para Afiliados al 1-877-336-2069 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500.) El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre (la oficina estará cerrada los días feriados nacionales). Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (la oficina estará cerrada el Día de Acción de Gracias y el día de Navidad).

Esta información está disponible en diferentes formatos, incluido braille y en letra grande. Si necesita información del plan en otro formato, llame a nuestro Departamento de Servicio para Afiliados al número antes mencionado.

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

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. De ser necesario, le enviaremos un aviso.

H5431_2022EOC006_C File & Use

Evidencia de Cobertura 2022 **Índice**

Esta lista de capítulos y de números de página es el punto de partida. Si necesita ayuda para encontrar más información, consulte la primera página de un capítulo. **Encontrará una lista detallada de los temas al principio de cada capítulo.**

- Capítulo 1. Primeros pasos como afiliado..... 4**
Se explica qué significa tener un plan de salud de Medicare y cómo utilizar este folleto. Se indican los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, la multa por inscripción tardía a la Parte D, su tarjeta de membresía del plan y cómo mantener su registro de membresía actualizado.
- Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes..... 18**
Se indica cómo ponerse en contacto con nuestro plan (HealthSun MediMax HMO) y con otras organizaciones, como Medicare, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP), la Organización para la Mejora de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa de seguro médico estatal para personas con bajos ingresos), los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados y la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB).
- Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos 34**
Se explican cuestiones importantes que debe saber para obtener su atención médica como afiliado de nuestro plan. Los temas incluyen el uso de proveedores de la red del plan y cómo acceder a la atención cuando tiene una emergencia.
- Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) 48**
Detalla cuáles son los tipos de atención médica que están cubiertos y cuáles *no* como afiliado de nuestro plan. Se explica cuál es su parte del costo por la atención médica cubierta que recibirá.
- Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D 85**
Se explican las normas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos de la Parte D. Indica cómo utilizar la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan para saber qué medicamentos están cubiertos. Indica qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos. Se explican los distintos tipos de restricciones que aplican para la cobertura de ciertos medicamentos. Se indica dónde debe abastecer sus recetas médicas. Brinda información acerca de los programas del plan sobre seguridad y administración de los medicamentos.
- Capítulo 6. Cuánto paga por los medicamentos recetados de la Parte D 107**
Aquí se explican las cuatro etapas de la cobertura de medicamentos (etapa de deducible, etapa de cobertura inicial, etapa sin cobertura y etapa de cobertura catastrófica) y cómo estas etapas afectan lo que usted paga por sus medicamentos. Se describen los seis niveles de distribución de costos para sus medicamentos de la Parte D y lo que debe pagar por un medicamento en cada nivel de distribución de costos.

Capítulo 7. Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos.....	122
Se explica cuándo y cómo debe enviarnos una factura si desea que nuestro plan le reembolse nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.	
Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades.....	129
Se indican los derechos y obligaciones que tiene como afiliado de nuestro plan. También contiene información sobre lo que puede hacer si cree que sus derechos no se están respetando.	
Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, recursos, reclamos)	139
Le indica paso a paso qué hacer si tiene problemas o inquietudes como afiliado de nuestro plan.	
<ul style="list-style-type: none">• Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar una apelación si tiene problemas para obtener la atención médica o los medicamentos recetados que usted considera que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye pedirnos que hagamos excepciones a las normas o a las restricciones adicionales de su cobertura para lograr acceso a los medicamentos recetados, y solicitarnos que sigamos cubriendo la atención para pacientes hospitalizados y ciertos tipos de servicios médicos si cree que su cobertura está terminando muy temprano.• Se explica cómo presentar reclamos sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio de Atención al Cliente y otras inquietudes.	
Capítulo 10. Finalizar su membresía en el plan.....	187
Aquí se detalla cuándo y cómo puede finalizar su afiliación en el plan. Se explican las situaciones en las que nuestro plan se ve forzado a finalizar su afiliación.	
Capítulo 11. Avisos legales.....	195
Incluye los avisos sobre la(s) ley(es) vigente(s) y la no discriminación.	
Capítulo 12. Definiciones de términos importantes.....	200
Se explican los términos principales que se utilizan en este folleto.	

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como afiliado

Capítulo 1. Primeros pasos como afiliado

SECCIÓN 1	Introducción.....	5
Sección 1.1	Usted está inscrito en HealthSun MediMax (HMO), que es una HMO de Medicare	5
Sección 1.2	¿De qué trata el folleto <i>Evidencia de Cobertura</i> ?.....	5
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de Cobertura</i>	5
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos debe reunir para ser afiliado del plan?	6
Sección 2.1	Requisitos de elegibilidad.....	6
Sección 2.2	¿Qué son Medicare Parte A y Medicare Parte B?	6
Sección 2.3	Esta es el área de servicio del plan para HealthSun MediMax (HMO).....	6
Sección 2.4	Ciudadano estadounidense o presencia legal en el país.....	6
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales le proporcionaremos?.....	7
Sección 3.1	Su tarjeta de membresía del plan: úsela para obtener la atención y los medicamentos recetados que estén cubiertos.....	7
Sección 3.2	El <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> : Su guía para todos los proveedores y las farmacias en la red del plan.....	7
Sección 3.4	La Lista de medicamentos cubiertos (<i>formulario</i>) del plan.....	8
Sección 3.5	La <i>Explicación de Beneficios de la Parte D</i> (“ <i>EOB de la Parte D</i> ”) Informes con un resumen de los pagos realizados por los medicamentos recetados de la Parte D	8
SECCIÓN 4	Su prima mensual para HealthSun MediMax (HMO)	9
Sección 4.1	¿Cuánto paga por la prima del plan?	9
SECCIÓN 5	¿Tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D?.....	10
Sección 5.1	¿Qué es la multa por inscripción tardía de la Parte D?.....	10
Sección 5.2	¿Cuánto es la multa por inscripción tardía a la Parte D?.....	10
Sección 5.3	En algunas situaciones, puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa	11
Sección 5.4	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía a la Parte D?..	11
SECCIÓN 6	¿Tiene que pagar un monto extra de la Parte D debido a sus ingresos?	12
Sección 6.1	¿Quién paga un monto extra de la Parte D debido a los ingresos?.....	12
Sección 6.2	¿Cuánto es el monto extra de la Parte D?	12
Sección 6.3	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con el pago de un monto extra de la Parte D?	12
Sección 6.4	¿Qué ocurre si no paga el monto extra de la Parte D?.....	12
SECCIÓN 7	Más información sobre su prima mensual.....	12
Sección 7.1	Hay varias formas de pagar la prima de su plan	13
Sección 7.2	¿Podemos cambiar la prima mensual del plan durante el año?	14
SECCIÓN 8	Mantenga actualizado su registro de membresía del plan	14
Sección 8.1	Cómo asegurarse de que tengamos información precisa sobre usted.....	14
SECCIÓN 9	Protegemos la privacidad de su información personal de salud.....	15
Sección 9.1	Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida.....	15
SECCIÓN 10	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	15
Sección 10.1	¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?.....	15

SECCIÓN 1 **Introducción**

Sección 1.1 **Usted está inscrito en HealthSun MediMax (HMO), que es una HMO de Medicare**

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido obtener su atención médica y cobertura de medicamentos recetados a través de nuestro plan, HealthSun MediMax (HMO).

Hay distintos tipos de planes de salud de Medicare. HealthSun MediMax (HMO) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización de Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y gestionado por una empresa privada.

La cobertura en virtud de este plan califica como cobertura de salud calificada (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y de la Atención de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 **¿De qué trata el folleto *Evidencia de Cobertura*?**

En este folleto *Evidencia de Cobertura* se describe cómo obtener la cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan. Aquí se explican sus derechos y obligaciones, lo que está cubierto y lo que usted paga como afiliado del plan.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención y los servicios médicos y a los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de HealthSun MediMax (HMO).

Es importante que conozca las normas del plan y que sepa cuáles son los servicios que están disponibles. Le recomendamos que se tome un tiempo para leer el folleto de *Evidencia de Cobertura*.

Si tiene dudas, inquietudes o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el Servicio para Afiliados de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en el dorso de este folleto).

Sección 1.3 **Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura***

Forma parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo HealthSun MediMax (HMO) cubre su atención. Este contrato también incluye el formulario de inscripción, la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)* y los avisos que le enviemos sobre los cambios o las condiciones que afecten su cobertura. A estos avisos a veces se los denomina “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato estará vigente mientras usted esté inscrito en HealthSun MediMax (HMO) desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2022.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de HealthSun MediMax (HMO) después del 31 de diciembre de 2022. También podemos decidir discontinuar el plan u ofrecerlo en otra área de servicio después del 31 de diciembre de 2022.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el HealthSun MediMax (HMO) cada año. Puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo el plan y que Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe reunir para ser afiliado del plan?

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser afiliado de nuestro plan siempre y cuando:

- Tenga cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare (en la Sección 2.2 se detalla qué son la Parte A y la Parte B de Medicare)
- -- y -- viva en nuestra área geográfica de servicio (en la Sección 2.3 a continuación, se describe nuestra área de servicio)
- -- y -- sea ciudadano de los Estados Unidos o cuente con presencia legal en el país

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

La primera vez que se inscribe en la cobertura de Medicare, recibe información sobre los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A y Medicare Parte B. Recuerde:

- En general, Medicare Parte A ayuda a cubrir los servicios prestados por hospitales (servicios para pacientes hospitalizados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria).
- Medicare Parte B cubre la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios del médico, la terapia de infusión en el hogar y otros servicios ambulatorios) y ciertos artículos (como equipo médico duradero [DME] y suministros).

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para HealthSun MediMax (HMO)

Si bien Medicare es un programa federal, HealthSun MediMax (HMO) solo está disponible para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Florida:

- Condado de Miami-Dade
- Condado de Broward

Si planea mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicio para Afiliados (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto). Cuando se mude, contará con un periodo especial de inscripción que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

Si se muda o cambia de dirección, también es importante que se lo comunique al Seguro Social. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o presencia legal en el país

Un miembro de un plan médico de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o contar con presencia legal en los EE. UU. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a HealthSun MediMax (HMO) si no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo. HealthSun MediMax (HMO) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales le proporcionaremos?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: úsela para obtener la atención y los medicamentos recetados que estén cubiertos

Mientras sea afiliado de nuestro plan, debe utilizar la tarjeta de afiliación de nuestro plan cada vez que reciba los servicios cubiertos por este plan, al igual que para adquirir los medicamentos recetados en las farmacias de la red. También debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Este es un modelo de la tarjeta de afiliación para que vea cómo será la suya:



Mientras sea miembro de este plan, NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para recibir servicios médicos cubiertos. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de HealthSun MediMax (HMO), es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Conserve su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Le pueden solicitar que la presente si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación de rutina.

Este es el motivo por el cual esto es tan importante: Si obtiene los servicios cubiertos usando su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de HealthSun MediMax (HMO) mientras es miembro del plan, es posible que tenga que pagar el costo total.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicio para Afiliados, y le enviaremos una nueva tarjeta. (Los números de teléfono de Servicio para Afiliados figuran en el dorso de este folleto).

Sección 3.2 El Directorio de proveedores y farmacias: Su guía para todos los proveedores y las farmacias en la red del plan

En el *Directorio de proveedores y farmacias*, figuran los proveedores dentro de la red y los distribuidores de equipos médicos duraderos.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención de la salud, grupos médicos, distribuidores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención de la salud que tengan un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier monto de costos compartidos del plan como pago total. Hemos acordado que estos proveedores brinden servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. La lista actualizada de proveedores y distribuidores está disponible en nuestro sitio web www.healthsun.com.

¿Por qué debe saber cuáles son los proveedores que forman parte de nuestra red?

Es importante saber cuáles son los proveedores que forman parte de nuestra red porque, con excepciones limitadas, mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores dentro de la red para obtener atención y servicios médicos. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted está fuera del área),

Capítulo 1. Primeros pasos como afiliado

los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que HealthSun MediMax (HMO) autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica sobre la cobertura de emergencia, fuera de la red y fuera del área.

¿Qué son las “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han acordado abastecer las recetas que estén cubiertas para los afiliados de nuestro plan.

¿Por qué debe saber cuáles son las farmacias de la red?

Puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que está buscando. El próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. El *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado está disponible en nuestro sitio web www.healthsun.com. También puede llamar a Servicio para Afiliados para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2022 para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Si no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede obtener una copia de Servicio para Afiliados (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto). Comuníquese con Servicio para Afiliados para obtener más información sobre nuestros proveedores de la red, incluso sus calificaciones. En cualquier momento, puede llamar a Servicio para Afiliados para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de proveedores y farmacias. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* aquí www.healthsun.com, o descargarlo de este sitio web. Tanto Servicio para Afiliados como el sitio web pueden ofrecerle la información más actualizada sobre los cambios en nuestros proveedores y farmacias de la red.

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

El plan tiene una *lista de medicamentos cubiertos (formulario)*. Para abreviar, la llamamos “lista de medicamentos”. Se indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos en virtud del beneficio de la Parte D incluido en HealthSun MediMax (HMO). El plan, con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos que figuran en esta lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de HealthSun MediMax (HMO).

La lista de medicamentos también le indica si hay alguna norma que limite la cobertura de sus medicamentos.

Le enviaremos una copia de la lista de medicamentos. Para recibir la información más completa y actualizada sobre los medicamentos que están cubiertos, puede acceder al sitio web del plan (www.healthsun.com) o llamar al Servicio para Afiliados (en la contratapa de este folleto encontrará impresos los números telefónicos).

Sección 3.5 La Explicación de Beneficios de la Parte D (“EOB de la Parte D”) Informes con un resumen de los pagos realizados por los medicamentos recetados de la Parte D

Cuando use los beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarlo a entender los pagos y a llevar un registro de los pagos de estos medicamentos. Este resumen se denomina *Explicación de Beneficios de la Parte D* (o “EOB de la Parte D”).

Capítulo 1. Primeros pasos como afiliado

En la *Explicación de Beneficios de la Parte D*, se indica el monto total que usted, otras personas en su nombre y nosotros hemos gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D y el monto total pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante cada mes que hace uso del beneficio de la Parte D. En la EOB de la Parte D, se proporciona más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos en el precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pudieran estar disponibles. Debe consultar a su médico que receta sobre estas opciones a bajo costo. En el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*), se ofrece más información sobre la *Explicación de Beneficios de la Parte D* y cómo puede ayudarlo a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* también está disponible ante solicitud. Para recibir una copia, comuníquese con Servicio para Afiliados (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para HealthSun MediMax (HMO)

Sección 4.1 ¿Cuánto paga por la prima del plan?

Como afiliado de nuestro plan, paga una prima mensual del plan. Para 2022, la prima mensual de HealthSun MediMax (HMO) es de **\$34.30**. Además, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague la prima de la Parte B).

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

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

Si ya está inscrito y recibe ayuda de uno de estos programas, es posible que la información sobre las primas en esta Evidencia de Cobertura no se aplique a su caso. Le enviamos un inserto por separado, llamado “Cláusula de Evidencia de Cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también conocida como la “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o la “Cláusula de LIS”), que le informa sobre su medicamento cobertura. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para Afiliados y solicite la “Cláusula adicional de LIS”. (Los números de teléfono de Servicios para Afiliados están impresos en la contraportada de este folleto).

En algunas circunstancias, la prima de su plan podría ser mayor

En algunas circunstancias, la prima de su plan podría ser mayor al monto detallado anteriormente en la Sección 4.1. Estas circunstancias se describen a continuación.

- Algunos afiliados deben pagar una **multa por inscripción tardía** a la Parte D porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o porque tuvieron un periodo continuo de 63 días o más en el que no tuvieron una cobertura “acreditable” de medicamentos recetados. (“Acreditable” significa que se prevé que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Para estos afiliados, la multa por inscripción tardía a la Parte D se suma a la prima mensual del plan. El monto de la prima será la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía a la Parte D.
 - Si tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo de esta multa dependerá de cuánto tiempo estuvo sin la cobertura de la Parte D o sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados. En el Capítulo 1, Sección 5, se explica la multa por inscripción tardía a la Parte D.

Capítulo 1. Primeros pasos como afiliado

- Si tiene una multa por inscripción tardía a la Parte D y no la paga, se podría cancelar su inscripción en el plan.
- Es posible que algunos afiliados deban pagar un cargo adicional, denominado monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, también conocido como IRMAA, porque 2 años atrás, en su declaración de impuestos del IRS, tuvieron un ingreso bruto ajustado modificado que superaba un monto determinado. Los afiliados que deben pagar un IRMAA tendrán que pagar el monto de la prima estándar y este cargo adicional, que se sumará a la prima. En el Capítulo 1, Sección 6, se explica el IRMAA con más detalle.

SECCIÓN 5 ¿Tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D?**Sección 5.1 ¿Qué es la multa por inscripción tardía de la Parte D?**

Nota: si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta médica, no pagará una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es un monto que se suma a su prima de la Parte D. Es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D si, en cualquier momento, una vez finalizado su periodo de inscripción inicial, hay un periodo de 63 días o más consecutivos en los que no tuvo la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. (“Cobertura acreditable de medicamentos recetados” es la que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se prevé que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). El costo de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que haya estado sin cobertura de la Parte D u otro tipo de cobertura acreditable de medicamentos recetados. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la 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 en HealthSun MediMax (HMO), le informamos el monto de la multa.

Su multa por inscripción tardía de la Parte D se considera parte de la prima de su plan.

Sección 5.2 ¿Cuánto es la multa por inscripción tardía a la Parte D?

Medicare determina el monto de la multa. Así es como funciona:

- En primer lugar, cuente el número de meses completos que ha retrasado la inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, después de ser elegible para inscribirse. O bien, cuente el número de meses completos en los que no tuvo cobertura acreditable de medicamentos recetados, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1 % por cada mes que no haya tenido cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- A continuación, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior. Para 2022, este monto de la prima promedio es de **\$38.18**.
- Para calcular la multa mensual, hay que multiplicar el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y, luego, redondearlo a los 10 céntimos más cercanos. En el ejemplo aquí sería 14 % veces **\$38.18**, lo que equivale a **\$5.35**. Esto se redondea a **\$5.35**. Este monto se sumaría a la **prima mensual de alguien con una multa por inscripción tardía a la Parte D**.

Hay tres cosas importantes que deben tenerse en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía a la Parte D:

Capítulo 1. Primeros pasos como afiliado

- En primer lugar, **la multa puede cambiar cada año**, porque la prima mensual promedio puede variar cada año. Si la prima promedio nacional (determinada por Medicare) aumenta, su multa también lo hará.
- En segundo lugar, **seguirá pagando una multa** cada mes mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de Medicare Parte D, incluso si cambia de plan.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía a la Parte D se restablecerá cuando cumpla los 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía a la Parte D se basará solo en los meses que no tenga cobertura después del periodo de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

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

Aunque se haya demorado en inscribirse en un plan que ofrece cobertura de Medicare Parte D cuando fue elegible por primera vez, a veces, no tiene que pagar la multa por inscripción tardía a la Parte D.

No tendrá que pagar una multa por inscripción tardía si se encuentra en alguna de estas situaciones:

- Si ya tiene una cobertura de medicamentos que se prevé que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos estándar de Medicare. Medicare lo llama “**cobertura de medicamentos acreditable**”. Tenga en cuenta lo siguiente:
 - La cobertura acreditable podría incluir la cobertura de medicamentos de un antiguo empleador o sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le indicarán cada año si su cobertura de medicamentos es acreditable. Esta información puede enviarse por carta o incluirse en un boletín del plan. Guarde esta información, porque puede necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Tenga en cuenta lo siguiente:** Si recibe un “certificado de cobertura acreditable” cuando finaliza su cobertura médica, puede que no signifique que su cobertura de medicamentos recetados era acreditable. El aviso debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos recetados “acreditable” que se preveía que pagaría lo mismo que el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
 - *No son cobertura acreditable de medicamentos recetados:* las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y las páginas web de descuentos para medicamentos.
 - Para obtener información adicional sobre la cobertura acreditable, consulte su manual *Medicare y Usted 2022* o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Si estuvo sin cobertura acreditable, pero estuvo sin ella menos de 63 días seguidos.
- Si recibe Ayuda Extra (“Extra Help”) de Medicare.

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

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía a la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión de la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Por lo general, debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba en la que se le indique que tiene que pagar una multa por inscripción tardía. Si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa

Capítulo 1. Primeros pasos como afiliado

por inscripción tardía. Llame a Servicio para Afiliados para saber cómo hacerlo (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto).

SECCIÓN 6 ¿Tiene que pagar un monto extra de la Parte D debido a sus ingresos?

Sección 6.1 ¿Quién paga un monto extra de la Parte D debido a los ingresos?

Si su ingreso bruto ajustado modificado, como se informa en la declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, es mayor a determinado monto, deberá pagar el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional a la prima.

Si tiene que pagar un monto extra, el Seguro Social, y no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que le indicará cuál será ese monto extra y cómo pagarlo. El monto extra se retendrá de su cheque de beneficios de la Oficina de Administración de Personal, del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria, independientemente del modo en que suela pagar la prima del plan; a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto extra adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto extra, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el monto extra al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual del plan.**

Sección 6.2 ¿Cuánto es el monto extra de la Parte D?

Si su ingreso bruto ajustado modificado (MAGI), tal como figura en su declaración de impuestos del IRS, supera un determinado monto, pagará una cantidad extra además de la prima mensual del plan. Para obtener más información sobre el monto extra que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con el pago de un monto extra de la Parte D?

Si no está de acuerdo con el pago de un monto extra debido a sus ingresos, puede pedir al Seguro Social que revise la decisión. Para conocer más sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 6.4 ¿Qué ocurre si no paga el monto extra de la Parte D?

El monto extra se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) por su cobertura de Medicare Parte D. Si por ley, debe pagar el monto extra y no lo hace, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

Muchos afiliados deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, muchos afiliados deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2, para ser elegible para nuestro plan, debe tener Medicare Parte A y Medicare Parte B. Algunos afiliados del plan (los que no son elegibles para la Parte A sin prima) pagan una prima por Medicare Parte A. La mayoría de los afiliados pagan una prima por Medicare Parte B. **Debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.**

Si su ingreso bruto ajustado modificado, como se informa en la declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, es mayor a determinado monto, deberá pagar el monto de la prima estándar y un monto

Capítulo 1. Primeros pasos como afiliado

de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional a la prima.

- **Si debe pagar el monto extra y no lo hace, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**
- Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta para informarle cuál será dicho monto adicional.
- Para obtener más información sobre las primas de la Parte D según los ingresos, consulte el Capítulo 1, Sección 6, de este folleto. También puede visitar www.medicare.gov en la Web o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

En su copia del manual *Medicare y Usted 2022*, en la sección “Costos de Medicare para 2022”, se ofrece información sobre las primas de Medicare. Aquí se explica cómo difieren las primas de Medicare Parte B y Parte D para personas con diferentes ingresos. Todos los beneficiarios de Medicare reciben un ejemplar del manual *Medicare y Usted 2022* cada año, en otoño. Las personas recién inscritas en Medicare la reciben en el plazo de un mes después de inscribirse. También puede descargar un ejemplar del manual *Medicare y Usted 2022* del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede pedir una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas de día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.1 Hay varias formas de pagar la prima de su plan

Hay dos formas de pagar la prima de su plan. Puede elegir su opción de pago en su Solicitud de inscripción. También puede llamar a nuestro Departamento de Servicios para Afiliados para seleccionar su opción preferida o cambiar su opción existente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Si decide cambiar la forma de pagar su prima, su nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses para entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que su prima se pague a tiempo.

Opción 1: puede pagar con cheque

Recibirá una factura por su prima, anualmente. Tiene la opción de pagar de forma anual o mensual. **Envíe su pago por correo antes de recibir la factura anual o antes del último día de cada mes a la siguiente dirección:**

**Attn: Membership Department
HealthSun Health Plans
9250 West Flagler Street Suite 600
Miami, FL 33174**

Presente los cheques pagaderos a HealthSun Health Plans. Puede llamar a Servicio para Afiliados para obtener más información sobre cómo pagar con cheque por su prima. (Los números de teléfono del Departamento de Servicio para Afiliados están impresos en la contraportada de este folleto).

Opción 2: Usted puede pagar la prima del plan del cheque mensual del Seguro Social

Usted puede pagar la prima del plan por deducción del cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicio para Afiliados para obtener más información sobre cómo pagar su prima del plan de esta

Capítulo 1. Primeros pasos como afiliado

manera. Nos complacerá ayudarlo con este tema. (Los números de teléfono del Servicio para Afiliados están impresos en la contraportada de este folleto).

Qué hacer si tiene problemas para pagar prima del plan

Su prima del plan se debe pagar en nuestra oficina antes de recibir su factura anual. Si decide pagar mensualmente, el pago se debe realizar antes del último día de cada mes. Le enviaremos una factura al final del año que indicará el monto mensual para el siguiente año de inscripción y la suma anual de su multa por inscripción tardía a la Parte D.

Si tiene problemas para pagar a tiempo su prima del plan, comuníquese con Servicio para Afiliados para ver si podemos remitirlo a programas que lo ayuden con su prima del plan. (Los números de teléfono del Servicio para Afiliados están impresos en la contraportada de este folleto).

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

No. No se nos permite cambiar la cantidad que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1.º de enero.

Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que debe pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si se vuelve elegible para el programa de "Ayuda adicional" o si pierde su elegibilidad para el programa de "Ayuda adicional" durante el año. Si un miembro califica para "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos recetados, el programa de "Ayuda adicional" pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierde su elegibilidad durante el año deberá comenzar a pagar su prima mensual completa. Puede obtener más información sobre el programa de "Ayuda adicional" en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan**Sección 8.1 Cómo asegurarse de que tengamos información precisa sobre usted**

Su registro de afiliación contiene información de su formulario de inscripción, incluidos su dirección y número telefónico. Muestra la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, los hospitales, los farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan necesitan tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de afiliación para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y para conocer sus costos compartidos.** Debido a esto, es de vital importancia que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número telefónico.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (como de su empleador, del empleador de su cónyuge, indemnización por accidentes de trabajo, o Medicaid)
- Si tiene alguna reclamación de responsabilidad, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si ha ingresado en un hogar de ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que está fuera del área de servicio o fuera de la red.
- Si cambia su persona a cargo designada (como su cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica.

Llame al Servicio para Afiliados para informarnos sobre cualquier cambio en esta información (en el dorso de este folleto, encontrará impresos los números telefónicos).

Capítulo 1. Primeros pasos como afiliado

Si se muda o cambia su dirección postal, también es importante que se lo comunique al Seguro Social. Puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

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

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

Una vez por año, le enviaremos una carta que detallará cualquier otro seguro médico o cobertura de medicamentos de los que tengamos conocimiento. Lea esa información detenidamente. Si es correcta, no tendrá que hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no esté enumerada, llame al Servicio para Afiliados (los números de teléfono están impresos en el dorso de este folleto).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información personal de salud**Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida**

La legislación federal y estatal protege la privacidad de sus registros médicos y su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo establecen estas leyes.

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

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan**Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?**

Cuando tiene otro seguro (por ejemplo, cobertura médica grupal de un empleador), Medicare establece normas que determinan si paga primero nuestro plan o su otro seguro. Al seguro que paga primero se lo denomina el “pagador primario” y realiza el pago hasta alcanzar los límites de su cobertura. El que paga segundo, denominado el “pagador secundario”, solo realiza el pago si quedaron costos pendientes de la cobertura primaria. El pagador secundario podría no pagar la totalidad de los costos no cubiertos.

Las siguientes normas se aplican a la cobertura del plan de salud grupal brindada por el empleador o el sindicato:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan médico grupal proviene de un empleo actual suyo o de un familiar, quién paga primero dependerá de su edad, de la cantidad de personas que trabajen para su empleador y de si tiene Medicare por edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
 - Si tiene menos de 65 años y es discapacitado, y usted o su familiar todavía trabaja, su plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 100 o más personas en su nómina, o si al menos un empleador de un plan de empleadores múltiples cumple con esta condición.
 - Si tiene más de 65 años, y usted o su cónyuge todavía trabaja, su plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 20 personas o más en su nómina, o si al menos un empleador de un plan de empleadores múltiples cumple con esta condición.

Capítulo 1. Primeros pasos como afiliado

- Si tiene Medicare por ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de que sea elegible para la cobertura de Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóviles)
- Seguro con adjudicación de culpa (incluido el seguro de automóviles)
- Beneficios por enfermedad del pulmón negro
- Compensación para trabajadores

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

Si tiene otro seguro, indíquesele a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre qué seguro paga primero, o si necesita actualizar la información sobre su otro seguro, llame al Servicio para Afiliados (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto). Es posible que tenga que darle su número de identificación del afiliado del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen en tiempo y forma.

CAPÍTULO 2

*Números de teléfono y
recursos importantes*

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Información de contacto de HealthSun MediMax (HMO) (cómo contactarnos, incluso cómo comunicarse con Servicio para Afiliados del plan).....	19
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	24
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (asistencia, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare en forma gratuita)	25
SECCIÓN 4	Organización para la Mejora de la Calidad (pagada por Medicare para controlar la calidad de la atención brindada a las personas con Medicare)	26
SECCIÓN 5	Seguro Social	26
SECCIÓN 6	Medicaid (un programa estatal y federal conjunto que brinda asistencia financiera para los gastos médicos de personas con ingresos y recursos limitados)	27
SECCIÓN 7	Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar por sus medicamentos recetados	28
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria.....	31
SECCIÓN 9	¿Tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador?	32

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**SECCIÓN 1 Información de contacto de HealthSun MediMax (HMO) (cómo contactarnos, incluso cómo comunicarse con Servicio para Afiliados del plan)****Cómo ponerse en contacto con el Servicio para Afiliados de nuestro plan**

Para obtener ayuda con las reclamaciones, la facturación o las preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicio para Afiliados de HealthSun MediMax (HMO). Con gusto le ayudaremos.

Medio	Servicio para Afiliados: información de contacto
POR TELÉFONO	1-877-336-2069 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados), desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. Servicio para Afiliados también ofrece servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-877-206-0500 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados), desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.
POR FAX	305-448-5783
POR ESCRITO	9250 W Flagler Street Suite 600, Miami, FL 33174 O envíenos un correo electrónico a MemberServicesInbox@healthsun.com
SITIO WEB	www.HealthSun.com

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo contactarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Si tiene preguntas sobre el proceso de decisión de cobertura, puede contactarse con nosotros.

Medio	Decisiones de cobertura sobre atención médica: información de contacto
POR TELÉFONO	1-877-336-2069 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados), desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.
TTY	1-877-206-0500 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados), desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.
POR FAX	305-448-5783
POR ESCRITO	9250 W Flagler Street Suite 600, Miami, FL 33174
SITIO WEB	www.HealthSun.com

Cómo contactarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Medio	Decisiones de cobertura de medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
POR TELÉFONO	1-877-336-2069 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana.
TTY	1-877-206-0500 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana.
POR FAX	1-844-430-1705
POR ESCRITO	9250 W Flagler Street Suite 600, Miami, FL 33174
SITIO WEB	www.HealthSun.com

Cómo contactarnos cuando presenta una apelación sobre su atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Medio	Apelaciones sobre la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
POR TELÉFONO	1-877-336-2069 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados), desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.
TTY	1-877-206-0500 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados), desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.
POR FAX	1-877-589-3256
POR ESCRITO	9250 W Flagler Street Suite 600, Miami, FL 33174
SITIO WEB	www.HealthSun.com

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo contactarnos cuando presenta un reclamo sobre su atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D**

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre uno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso un reclamo sobre la calidad de su atención. Este tipo de reclamos no abarca disputas sobre la cobertura o el pago. (Si su problema está relacionado con la cobertura o el pago del plan, debe leer la sección de arriba sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre su atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Medio	Reclamos sobre la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
POR TELÉFONO	1-877-336-2069 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados), desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.
TTY	1-877-206-0500 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados), desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.
POR FAX	786-363-8100
POR ESCRITO	9250 W Flagler Street Suite 600, Miami, FL 33174
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre HealthSun MediMax (HMO) directamente a Medicare. Para presentar un reclamo en línea ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que haya recibido

Para obtener más información sobre las circunstancias en las que puede necesitar solicitar un reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Medio	Solicitud de pago: información de contacto
POR TELÉFONO	1-877-336-2069 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados), desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.
TTY	1-877-206-0500 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados), desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.
POR FAX	305-448-5783
POR ESCRITO	9250 W Flagler Street Suite 600, Miami, FL 33174
SITIO WEB	www.HealthSun.com

Medio	Solicitud de pago de medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
POR TELÉFONO	1-877-336-2069 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados), desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.
TTY	1-877-206-0500 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados), desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.
POR FAX	1-401-652-1911
POR ESCRITO	PO BOX 52077, Phoenix, AZ 85072-2077 O envíe un correo electrónico a RxPaperClaim_AnthemMEDD@CVSHealth.com
SITIO WEB	www.HealthSun.com

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare está compuesta por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services) (a veces denominados “CMS”). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluso nosotros.

Medio	Medicare: información de contacto
POR TELÉFONO	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas, todos los días.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y los temas actuales relacionados. También contiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Cuenta con folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. Además, podrá encontrar los contactos de Medicare de su estado. El sitio web de Medicare también brinda información detallada sobre su elegibilidad y opciones de inscripción mediante las siguientes herramientas: <ul style="list-style-type: none"> • Herramienta de elegibilidad para Medicare: Brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • Buscador de planes de Medicare: ofrece información personalizada sobre planes de medicamentos recetados de Medicare, planes de salud de Medicare y pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un <i>cálculo</i> de los posibles gastos de bolsillo de los distintos planes de Medicare.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Medio	Medicare: información de contacto
SITIO WEB	<p>También puede usar el sitio web para informar a Medicare cualquier reclamo que tenga sobre HealthSun MediMax (HMO):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe a Medicare acerca de su reclamo: Puede presentar un reclamo sobre HealthSun MediMax (HMO) directamente a Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus reclamos seriamente y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si no tiene una computadora, puede visitar nuestro sitio web usando una de las computadoras de la biblioteca de su localidad o el hogar de ancianos. También puede llamar a Medicare y preguntarles por la información que necesita. Buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (asistencia, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare en forma gratuita)

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, el SHIP se llama SHINE (Sirviendo a las Necesidades de Seguro de Salud de las Personas Mayores).

El SHINE es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía de seguro ni plan médico). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento sobre seguro de salud, a nivel local, a las personas con Medicare.

Los consejeros del SHINE pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus derechos con Medicare, a presentar reclamos sobre su atención o tratamiento médicos y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los consejeros de SHINE también pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y contestar preguntas acerca de un cambio de plan.

MÉTODO DE ACCESO A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov
- Haga clic en “**Formularios, ayuda y recursos**” en el extremo derecho del menú superior
- En el menú desplegable, haga clic en “**Números de teléfono y sitios web**”
- Ahora tiene varias opciones
 - Opción n.º 1: Puede tener un **chat en vivo**
 - Opción n.º 2: Puede hacer clic en cualquiera de los “**TEMAS**” del menú en la parte inferior
 - Opción n.º 3: Puede seleccionar su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en IR. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Medio	SHINE (Serving Health Insurance Needs of Elders) (Florida SHIP): información de contacto
POR TELÉFONO	1-800-963-5337
TTY	1-800-955-8770 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
POR ESCRITO	4040 Esplanade Way Suite 270, Tallahassee, FL 32399 information@elderaffairs.org
SITIO WEB	www.floridashine.org

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (pagada por Medicare para controlar la calidad de la atención brindada a las personas con Medicare)

Hay una Organización para la Mejora de la Calidad designada que presta servicios para beneficiarios de Medicare en cada estado. En Florida, la Organización para la Mejora de la Calidad se denomina KEPRO.

KEPRO cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención de la salud a quienes les paga el gobierno federal. Medicare le paga a la organización para que controle y ayude a mejorar la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare. KEPRO es una organización independiente. No tiene ninguna vinculación con nuestro plan.

Debe comunicarse con KEPRO en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene un reclamo con respecto a la calidad de la atención que ha recibido.
- Si considera que su cobertura de hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si piensa que su cobertura de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finaliza demasiado pronto.

Medio	KEPRO (Organización para la Mejora de la Calidad de Florida): información de contacto
POR TELÉFONO	1-888-317-0751 De lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Fines de semana y días feriados de 11:00 a.m. a 3:00 p.m. Hora del Este, del Centro y de la Montaña.
TTY	711. Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
POR ESCRITO	5201 West Kennedy Blvd Suite 900, Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es el encargado de determinar la elegibilidad y de administrar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y residentes legales permanentes mayores de 65 años o que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa final, y cumplen con ciertas condiciones, son elegibles para la cobertura de Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, tendrá que inscribirse para la cobertura de Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede comunicarse con el Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

El Seguro Social también se encarga de determinar quién tiene que pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a un ingreso mayor. Si usted recibió una carta del Seguro Social en la que se le dice que debe pagar un monto extra y tiene preguntas sobre el monto, o si su ingreso bajó a causa de un evento que cambió sus circunstancias de vida, puede llamar al Seguro Social y solicitar que se reconsidere su caso.

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

Medio	Seguro Social: información de contacto
POR TELÉFONO	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y para realizar algunas operaciones, las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid (un programa estatal y federal conjunto que brinda asistencia financiera para los gastos médicos de personas con ingresos y recursos limitados)

Medicaid es un programa gubernamental federal y estatal conjunto que brinda asistencia financiera para los gastos médicos de algunas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas a pagar sus gastos de Medicare, como las primas del plan. Estos “Programas de Ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B, y otros montos de la distribución de costos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona calificada (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, póngase en contacto con la Agencia para la Administración de la Atención de la Salud (AHCA) de Florida (el programa Medicaid de Florida) y el Departamento de Niños y Familias.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Medio	Agencia para la Administración de la Atención de la Salud (AHCA) de Florida (programa de Medicaid de Florida): información de contacto
POR TELÉFONO	1-888-419-3456 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	1-800-955-8771 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
POR ESCRITO	Agency for Health Care Administration 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308
SITIO WEB	https://ahca.myflorida.com/contact/

Medio	Departamento de Niños y Familias: información de contacto
POR TELÉFONO	1-866-762-2237 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	1-800-955-8771 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
POR ESCRITO	Access Central Mail Center P.O. Box 1770, Ocala, FL 34478-1770
SITIO WEB	www.myflfamilies.com

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar por sus medicamentos recetados

Programa Ayuda Extra de Medicare

Medicare proporciona Ayuda Extra a personas con recursos e ingresos limitados para pagar los costos de los medicamentos recetados. Los recursos incluyen sus ahorros y sus acciones, pero no su hogar ni su auto. Si califica, puede obtener ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y el copago de recetas de cualquier plan de medicamentos de Medicare. Esta Ayuda Extra también se contabiliza para sus gastos de bolsillo.

Algunas personas reúnen los requisitos automáticamente para recibir Ayuda Extra y no necesitan solicitarla. Medicare envía una carta a las personas que califican automáticamente para la Ayuda Extra.

Es posible que pueda obtener Ayuda Extra para pagar las primas y los costos de los medicamentos recetados. Para saber si califica para recibir Ayuda Extra, llame:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas, los 7 días de la semana.
- A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7:00 a.m. y las 7:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
- A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Consulte la Sección 6 de este capítulo si desea obtener la información de contacto).

Si piensa que ha reunido los requisitos para recibir Ayuda Extra y cree que paga una suma de costos compartidos incorrecta cuando obtiene sus medicamentos recetados en la farmacia, hemos establecido un proceso para nuestro plan que le permite solicitar ayuda para obtener la evidencia de su nivel de copago adecuado, o bien, si ya tiene la evidencia, para que pueda proporcionárnosla.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

- Si tiene documentación que demuestre que hemos aplicado un nivel de subsidio por bajos ingresos incorrecto a su cuenta, contáctese con el Departamento de Servicio para Afiliados para que le indiquen cómo presentar esta documentación justificativa (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto). Después de que recibamos la documentación de respaldo válida, se actualizará nuestro sistema de registros en el plazo de un (1) día hábil a partir de la recepción de la documentación. Aplicaremos la información correcta sobre el subsidio por bajos ingresos a su cuenta, de modo que pueda obtener sus medicamentos recetados con el nivel de costos compartidos adecuado. Además, enviaremos una solicitud a los CMS para solicitarles que corrijan la información sobre el subsidio por bajos ingresos almacenada en su sistema. Después de que los CMS procesen la solicitud, nos enviarán un aviso para informarnos que se corregido el nivel de su copago, y procederemos a actualizar nuestro sistema para que usted pueda seguir pagando el copago correcto cuando obtenga sus medicamentos recetados en una farmacia.
- HealthSun Health Plans aceptará cualquiera de las siguientes formas de prueba de un miembro o farmacéutico, defensor, representante, familiar u otra persona que actúe en nombre del miembro para establecer que un miembro califica para recibir Ayuda Extra debido a su condición de bajos ingresos:
 - Una copia de la tarjeta de Medicaid del miembro que incluya el nombre del miembro y una fecha de elegibilidad durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - Una copia de un documento del estado que confirme su condición activa de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
 - Una copia del archivo electrónico de inscripción del estado que confirme su condición de activo respecto de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - Una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que revele su condición de activo respecto de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - Una carta de la Administración del Seguro Social (SSA) que demuestre que el individuo recibe el SSI.
 - Una solicitud presentada por el miembro considerado elegible que confirma que el miembro es "...automáticamente elegible para recibir ayuda extra...".
- HealthSun Health Plans aceptará cualquiera de las siguientes formas de prueba de un miembro o del farmacéutico, defensor, representante, familiar u otra persona que actúe en nombre del beneficiario para establecer que un miembro califica para recibir Ayuda Extra porque está institucionalizado o es una persona que recibe servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS).
 - Remesa del centro donde conste el pago de Medicaid por un mes calendario completo para esa persona durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - Copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid, en nombre de la persona, al centro, durante un mes calendario completo después de junio del año calendario anterior.
 - Una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que revele la condición de institucionalizada de esa persona, basada en una estadía de al menos un mes calendario completo, a los efectos de pago de Medicaid, durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - Aviso de acción, Aviso de determinación o Aviso de inscripción emitido por el estado que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad para HCBS durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

- Plan de servicios HCBS aprobado por el estado que incluye el nombre del beneficiario y la fecha de entrada en vigencia que comienza durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - Carta de aprobación de autorización previa emitida por el estado para HCBS que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de entrada en vigencia que comience durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - Otra documentación proporcionada por el estado que demuestre el estado de elegibilidad para HCBS durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - Documento emitido por el estado, como un aviso de remesa, que confirme el pago de HCBS, incluso el nombre del beneficiario y las fechas de HCBS.
- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando abastezca su próxima receta en la farmacia. Si paga de más por su copago, le reembolsaremos la diferencia. Le enviaremos un cheque con la diferencia o compensaremos el pago en exceso en copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado ningún copago y esto origina una deuda, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, es posible que realicemos el pago directamente al estado. Comuníquese con Servicio para Afiliados si tiene preguntas (en el dorso de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

Programa de Descuentos durante la Etapa sin Cobertura de Medicare

El Programa de Descuentos durante la Etapa sin Cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca a los afiliados de la Parte D que hayan alcanzado el periodo sin cobertura y no reciban Ayuda Extra. En el caso de los medicamentos de marca, el descuento del 70 % proporcionado por los fabricantes excluye cualquier comisión del farmacéutico para los costos de la brecha. Los afiliados pagan el 25 % del precio negociado y una parte de la comisión del farmacéutico de los medicamentos de marca.

Si alcanza la etapa sin cobertura, aplicaremos el descuento automáticamente cuando su farmacia le facture su receta y en su Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) se mostrará cualquier descuento proporcionado. El monto que paga y el monto que el fabricante descuenta se contabilizan para sus gastos de bolsillo como si los hubiera pagado, y esto lo ayuda hasta que finalice la etapa sin cobertura. El monto pagado por el plan (5 %) no cuenta para los gastos de bolsillo.

Usted también recibirá un porcentaje de cobertura para medicamentos genéricos. Si llega a la etapa sin cobertura, el plan paga el 75 % del precio de los medicamentos genéricos y usted el 25 % restante. El monto que paga el plan por los medicamentos genéricos (75 %) no se contabiliza para los gastos de bolsillo. Solo se contabiliza el monto que usted paga, y esto lo ayuda a lo largo de la etapa sin cobertura. Además, la comisión del farmacéutico se incluye como parte del costo del medicamento.

El Programa de Descuentos durante la Etapa sin Cobertura de Medicare está disponible en todo el país. Dado que HealthSun MediMax (HMO) ofrece una cobertura adicional durante la etapa sin cobertura, sus gastos de bolsillo serán, a veces, más bajos que los aquí descritos. Consulte el Capítulo 6, Sección 6, para obtener más información sobre su cobertura durante la etapa sin cobertura.

Si tiene alguna pregunta sobre la disponibilidad de los descuentos para los medicamentos que está tomando o sobre el Programa de Descuentos durante la Etapa sin Cobertura de Medicare en general, comuníquese con Servicio para Afiliados (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto).

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

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a que las personas elegibles que viven con VIH/SIDA tengan acceso a los medicamentos vitales para el VIH. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también están cubiertos por el programa ADAP califican para la asistencia con la distribución de costos de medicamentos recetados a través del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA de Florida. Nota: Para ser elegibles para el ADAP de su estado, las personas deben cumplir con determinados criterios, entre ellos, evidencia de residencia en el estado y condición de portador de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y la condición de persona no asegurada/con seguro insuficiente.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, podrá seguir recibiendo asistencia con la distribución de costos de Medicare Parte D para adquirir los medicamentos recetados que estén en el formulario del ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifique a su representante de inscripción en ADAP local sobre cualquier cambio en el nombre o número de póliza del plan de Medicare Parte D. Llame al Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA de Florida al 1-800-352-2437 (1-800-FLA-AIDS) inglés/1-800-545-7432 (1-800-545-SIDA) español/1-800-243-7101 (1-800-AIDS-101) criollo. TTY: 1-888-503-7118. También puede visitar el sitio web <http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/>.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-352-2437 (1-800-FLA-AIDS) inglés/1-800-545-7432 (1-800-545-SIDA) español/1-800-243-7101 (1-800-AIDS-101) criollo. TTY: 1-888-503-7118. También puede visitar el sitio web <http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/>.

¿Qué pasa si recibe Ayuda Extra de Medicare para pagar el costo de sus medicamentos recetados? ¿Puede obtener estos descuentos?

No. Si recibe Ayuda Extra), ya tiene cobertura para los costos de sus medicamentos recetados durante la etapa sin cobertura.

¿Qué sucede si usted no obtiene un descuento y considera que debería obtenerlo?

Si considera que alcanzó la etapa sin cobertura y no le hicieron un descuento al pagar sus medicamentos de marca, revise la próxima *Explicación de Beneficios de la Parte D (la “EOB de la Parte D”)* que reciba. Si el descuento no aparece en la *Explicación de Beneficios de la Parte D*, contáctenos para cerciorarse de que su registro de recetas sea correcto y esté actualizado. Si no consideramos que se le deba un descuento, usted puede presentar una apelación. Si necesita ayuda para presentar una apelación, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) (los números telefónicos figuran en la Sección 3 de este capítulo) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria

La Junta de Jubilación Ferroviaria es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios completos para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria, contáctese con la agencia.

Si recibe su cobertura de Medicare a través de la Junta de Jubilación Ferroviaria, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Medio	Junta de Jubilación Ferroviaria: información de contacto
POR TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona "0", puede hablar con un representante de la RRB de 9:00 a.m. a 3:30 p.m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles. Si presiona "1", puede acceder a la línea de ayuda de la RRB y a información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador?

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

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

CAPÍTULO 3

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

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

SECCIÓN 1	Lo que debe saber sobre la cobertura de su atención médica como miembro de nuestro plan.....	35
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?	35
Sección 1.2	Normas básicas para que su atención médica esté cubierta por el plan.....	35
SECCIÓN 2	Cómo usar los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica	36
Sección 2.1	Usted debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le proporcione y supervise su atención médica.....	36
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin la aprobación previa de su PCP?	37
Sección 2.3	Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red.....	38
Sección 2.4	Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red.....	39
SECCIÓN 3.	Cómo acceder a los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o cuando necesita atención urgente o durante una catástrofe	40
Sección 3.1	Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica.....	40
Sección 3.2	Cómo obtener atención cuando necesita servicios de urgencia.....	41
Sección 3.3	Cómo obtener atención durante una catástrofe.....	41
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente a usted el costo total de los servicios cubiertos?	42
Sección 4.1	Puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos.....	42
Sección 4.2	Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, deberá pagar el costo total	42
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?	42
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?	42
Sección 5.2	Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué parte?.....	43
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa no médica de atención de la salud”	44
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa no médica de atención de la salud?	44
Sección 6.2	Atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud.....	44
SECCIÓN 7	Normas para ser propietario del equipo médico duradero.....	45
Sección 7.1	¿Será propietario del equipo médico duradero después de realizar cierta cantidad de pagos en virtud de nuestro plan?	45
SECCIÓN 8	Normas para los equipos de oxigenación, los suministros y el mantenimiento.....	45
Sección 8.1	¿Cuáles son sus beneficios de oxigenación?.....	45
Sección 8.2	¿Cuáles son sus costos compartidos? ¿Cambiará después de 36 meses?	46
Sección 8.3	¿Qué ocurre si abandona su plan y vuelve a Original Medicare?.....	46

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre la cobertura de su atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo, se explica lo que tiene que saber a fin de usar el plan para que se cubra su atención médica. Brinda definiciones de términos y explica las normas que deberá seguir para recibir los tratamientos médicos, servicios y otra atención médica que están cubiertos por el plan.

Para conocer los detalles sobre la atención médica que cubre nuestro plan y lo que usted paga cuando recibe esta atención, consulte el cuadro de beneficios del siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

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

Aquí ofrecemos algunas definiciones que pueden ser útiles para entender cómo obtener la atención y los servicios que tiene cubiertos como afiliado de nuestro plan:

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

Sección 1.2 Normas básicas para que su atención médica esté cubierta por el plan

Como plan médico de Medicare, HealthSun MediMax (HMO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

Por lo general, HealthSun MediMax (HMO) cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que recibe esté incluida en el Cuadro de beneficios médicos del plan** (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto).
- **La atención que usted recibe se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que proporciona y supervisa su atención.** Como afiliado de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe otorgarle una aprobación por adelantado antes de que usted pueda utilizar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Esto se llama darle una “referencia”. Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - No necesita una referencia de su PCP para recibir atención de emergencia o servicios de urgencia. Hay también otros tipos de atención que usted puede recibir sin la aprobación

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

previa de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).

- **Debe recibir la atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. *A continuación, se describen tres excepciones:*
 - El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que le presten los proveedores fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para conocer la definición de los servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra, y los proveedores de nuestra red no pueden brindársela, puede recibirla de un proveedor fuera de la red. Es posible que necesite la autorización previa del plan antes de recibir la atención. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si recibiese la atención de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre la aprobación para utilizar un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2 Cómo usar los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica

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

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

El PCP es un médico autorizado que reúne los requisitos estatales y que está capacitado para brindarle atención médica general.

El Directorio de proveedores y farmacias de su plan indicará qué médicos pueden ser su PCP.

Cuando se convierte en afiliado de nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su PCP. Recibirá su atención médica de rutina o básica por parte de su PCP. Es importante que mantenga una relación con su PCP. Su PCP prestará la mayoría de los servicios de atención médica y ayudará a coordinar el resto de los servicios cubiertos que reciba como afiliado del plan.

Para acceder a otros servicios médicos/procedimientos o consultar con un especialista, por lo general, necesita la aprobación del PCP (es decir, una “referencia”). Si el PCP considera que usted necesita tratamiento especializado, le dará una referencia (aprobación por adelantado) para consultar a un especialista del plan. Un especialista es un médico que brinda servicios de atención de la salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específicas.

Es muy importante obtener una referencia (aprobación por adelantado) de su PCP antes de consultar a un especialista del plan (hay algunas excepciones, incluida la atención de la salud de rutina para mujeres que se explica más adelante en esta sección). Si no tiene una referencia antes de recibir los servicios de un especialista, es posible que deba pagar estos servicios usted mismo. En algunos casos, su PCP

necesitará obtener una autorización previa del plan. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para saber cuáles son los servicios que requieren autorización previa.

¿Cómo elige a su PCP?

Puede elegir su PCP en el momento de inscribirse en el plan. Puede anotar la información del PCP en su solicitud de inscripción o puede llamar al Departamento de Servicio para Afiliados para seleccionar su PCP (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto). Puede seleccionar el PCP de su elección en el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan o puede llamar al Departamento de Servicio para Afiliados y pedir ayuda para encontrar un PCP. Si usted no elige un PCP en el momento de la inscripción, nosotros le asignaremos uno. Comenzará con su PCP el primer día del mes siguiente al de presentar la solicitud. También puede cambiar de PCP en cualquier momento (como se explica más adelante en esta sección). Si prefiere un determinado especialista u hospital, primero consulte si su PCP otorga referencias a ese especialista u hospital. El nombre y el número de teléfono de su PCP están impresos en su tarjeta de afiliación.

Cambiar su PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. También está la posibilidad de que su PCP deje de formar parte de la red de proveedores de nuestro plan, en cuyo caso tendrá que elegir uno nuevo. Si cambia de PCP, es posible que se vea limitado a determinados especialistas u hospitales a los que lo remita el PCP.

Puede solicitar un cambio de PCP llamando al Servicio para Afiliados de HealthSun (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto). El cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente al mes en el que usted llamó y habló con un representante de Servicio para Afiliados de HealthSun para solicitar un nuevo PCP. Comuníquese con el Departamento de Servicio para Afiliados si necesita cambiar de PCP. Si su PCP deja de formar parte de HealthSun Health Plans, se lo informaremos y lo ayudaremos a cambiar de PCP para que pueda seguir obteniendo servicios cubiertos.

Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin la aprobación previa de su PCP?
--------------------	--

Puede acceder a los servicios que se detallan debajo sin tener que solicitar una aprobación previa de su PCP.

- Atención de la salud de rutina para mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se los realice con un proveedor de la red.
- Vacuna contra la gripe, vacuna contra el COVID-19 vacuna contra la hepatitis B y contra la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores dentro de la red o proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia de proveedores dentro de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores dentro de la red no estén disponibles o cuando no pueda acceder a ellos en forma circunstancial (por ejemplo, cuando esté fuera del área de servicio del plan de manera temporal).
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan. (En lo posible, llame a Servicio para Afiliados antes de salir del área de servicio para que podamos ayudar a coordinar sus servicios de diálisis de mantenimiento mientras está fuera. Los números de teléfono de Servicio para Afiliados figuran en el dorso de este folleto).
- Servicios de ambulancia para atención de emergencia.
- Servicios de quiropráctica, siempre y cuando los reciba de parte de un proveedor de la red.

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

- Servicios dentales, siempre y cuando los reciba de parte de un proveedor de la red.
- Visitas al consultorio dermatológico, siempre y cuando las reciba de parte de un proveedor de la red durante las primeras cinco (5) visitas por año calendario. Cualquier otro servicio requiere una referencia.
- Equipo médico duradero (suministros de DME), zapatos o plantillas terapéuticos y suministros para personas diabéticas, como glucómetros, tiras reactivas y lancetas. Se aplican las normas de autorización previa.
- Programas de salud y bienestar. Esto incluye educación sobre salud, asesoramiento nutricional, acondicionamiento físico y la línea directa de enfermería.
- Educación sobre la enfermedad renal. Para obtener más detalles, consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1, Servicios para tratar enfermedades renales.
- Medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare. Se aplican las normas de autorización previa.
- Radiografías y servicios radiológicos terapéuticos/de diagnóstico para pacientes ambulatorios, siempre y cuando los reciba de parte de un proveedor de la red. Se aplican las normas de autorización previa.
- Artículos de venta libre (OTC) aprobados por el plan. Para obtener más información, consulte el cuadro de beneficios médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4.
- Servicios de podología, siempre y cuando los reciba de parte de un proveedor de la red. Se aplican las normas de autorización previa.
- Dispositivos prostéticos y otros suministros médicos. Se aplican las normas de autorización previa.
- Servicios de la vista, como exámenes oftalmológicos de rutina y productos para la vista (anteojos y lentes de contacto). Para obtener más información, consulte el cuadro de beneficios médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4.
- Ciertos servicios preventivos cubiertos por Medicare, siempre que los reciba de un proveedor dentro de la red. Incluyen la prueba de detección del glaucoma, entrenamiento de autoadministración para la diabetes, enemas de bario, exámenes de tacto rectal y el electrocardiograma después de la visita de bienvenida. Para obtener más información, consulte el cuadro de beneficios médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4.
- Ciertos beneficios complementarios, siempre que los reciba de un proveedor dentro de la red. Para obtener más información, consulte el cuadro de beneficios médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención de la salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específicas. Existen muchas clases de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Oncólogos, que atienden a pacientes con cáncer.
- Cardiólogos, para pacientes con afecciones cardíacas.
- Ortopedistas, para pacientes con afecciones específicas en los huesos, las articulaciones o los músculos.

Si su PCP considera que necesita tratamiento especializado, puede indicarle que consulte a un especialista del plan. Es muy importante obtener una referencia (aprobación por adelantado) de su PCP antes de consultar a un especialista del plan u otros proveedores determinados.

Si el especialista desea que regrese para recibir más atención, primero consulte para asegurarse de que la referencia (aprobación por adelantado) que obtuvo de su PCP para la primera visita cubre más visitas

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

al especialista. Si no tiene una referencia antes de recibir los servicios de un especialista, es posible que deba pagar estos servicios usted mismo.

En algunos casos, su PCP puede necesitar obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan (esto se denomina “autorización previa”). Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para saber cuáles son los servicios que requieren autorización previa.

Si hay algún especialista específico dentro de la red del plan que usted quiere ver, averigüe si su PCP refiere a sus pacientes a este especialista. Por lo general, puede cambiar de PCP en cualquier momento si desea consultar con un especialista del plan al que su PCP actual no puede referirlo. Si hay algún hospital específico dentro de la red del plan que usted quiere ver, primero debe averiguar si su PCP o los médicos con quienes se atenderá utilizan este hospital. Si lo remiten o siente que necesita recurrir a un proveedor que no está en nuestro plan, debe llamarnos para obtener aprobación antes de recibir atención.

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

Podemos realizar cambios a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen diversos motivos por los cuales su proveedor podría abandonar su plan, pero en caso de que su médico o especialista ya no trabaje con nosotros, usted tiene ciertos derechos y protecciones, que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores podría sufrir cambios durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo posible por enviarle un aviso con al menos 30 días de antelación para informarle que su proveedor dejará nuestro plan, de modo que tenga tiempo de elegir uno nuevo.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para sustituir a su proveedor anterior o que no estamos manejando debidamente su atención médica, tiene derecho a presentar una apelación a nuestra decisión.
- Si se entera de que el médico o especialista que lo atiende dejará el plan, contáctenos para que podamos ayudarlo a encontrar otro proveedor que maneje su atención.

Puede llamar a nuestro Departamento de Servicio para Afiliados, y ellos lo ayudarán a seleccionar otro proveedor (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Cuando los proveedores de servicios especializados no están disponibles en nuestra red o si necesita atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar esta atención, puede obtener una autorización previa del plan para recibir esta atención de un proveedor fuera de la red. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si recibiese la atención de un proveedor de la red, siempre y cuando tenga una autorización previa del plan. Si necesita información sobre cómo obtener la aprobación para consultar con un médico fuera de la red, hable con su PCP o llame al plan (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

Si elige un proveedor fuera de la red para recibir atención de emergencia o servicios de urgencia fuera del área, puede pagar lo mismo que le pagaría a un proveedor de la red por esos servicios. Consulte la Sección 3 de este capítulo para obtener más información.

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

Si utiliza un proveedor fuera de la red para los servicios de diálisis renal que recibe de un centro de diálisis certificado por Medicare, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor dentro de la red. Consulte la Sección 2.2 de este capítulo para obtener más información.

SECCIÓN 3. Cómo acceder a los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o cuando necesita atención urgente o durante una catástrofe

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

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

Una “**emergencia médica**” es cuando usted, o cualquier persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeore rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para recibir ayuda o diríjase a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Si la necesita, llame para pedir una ambulancia. *No* es necesario que primero obtenga la aprobación o una referencia del PCP.
- **Asegúrese de que nuestro plan haya sido informado de su emergencia lo antes posible.** Necesitamos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberá llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente en un plazo de 48 horas. Llame al número indicado en el dorso de su tarjeta de membresía.

¿Qué se cubre ante una emergencia médica?

Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando lo necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios y cobertura de emergencia/urgencia en todo el mundo. El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que acudir a la sala de emergencia de cualquier otro modo podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Cubrimos los servicios de atención de urgencia y emergencia en todo el mundo (esto significa fuera de EE. UU. y sus territorios). Consulte el Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios: qué está cubierto y qué debe pagar*) para obtener más información.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le estén brindando la atención de emergencia para ayudar a coordinar la atención y hacer el seguimiento. Los médicos que le estén brindando la atención de emergencia decidirán cuándo se estabiliza su afección y cuándo habrá finalizado la emergencia médica.

Luego de que haya finalizado la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su afección esté estable. Nuestro plan cubrirá la atención de seguimiento. Si recibe la atención de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de hacer los arreglos necesarios para que los proveedores de la red se ocupen de su atención tan pronto como lo permitan su afección médica y las circunstancias.

¿Qué sucede si no era una emergencia médica?

A veces puede ser difícil determinar si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría acudir a la sala de emergencias (pensando que su salud está en grave peligro), pero el médico podría decir que,

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

a fin de cuentas, no era una emergencia médica. Si resulta que no era una emergencia, mientras usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención de todas maneras.

Sin embargo, luego de que el médico haya manifestado que no era una emergencia, cubriremos la atención adicional solo si la recibe de uno de estos dos modos:

- Utilizando un proveedor de la red para recibir atención adicional.
- – o – la atención adicional que recibe se considera “servicios de urgencia” y sigue las normas para obtener estos servicios de urgencia (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo obtener atención cuando necesita servicios de urgencia**¿Qué son los “servicios de urgencia”?**

Los “servicios de urgencia” implican una lesión, afección o enfermedad imprevista que no es de emergencia, pero que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden obtenerse a través de proveedores dentro de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores dentro de la red no estén disponibles o no se pueda acceder a ellos temporalmente. La afección imprevista podría, por ejemplo, ser una exacerbación imprevista de una afección conocida que tenga.

¿Qué sucede si está dentro del área de servicio del plan cuando necesita atención urgente?

Siempre tiene que intentar recibir los servicios de urgencia de proveedores dentro de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles temporalmente y no es razonable esperar a que los proveedores de la red estén disponibles para acceder al cuidado, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Para acceder a los servicios de urgencia, debe comunicarse con su PCP para que le dé instrucciones o ponerse en contacto con el plan para encontrar un centro de atención de urgencia de nuestra red cercano. Si tiene preguntas con relación a los servicios de urgencia, llame al Departamento de Servicio para Afiliados (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

¿Qué sucede si está fuera del área de servicio del plan cuando necesita atención urgente?

Cuando se encuentre fuera del área de servicio y no pueda recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que reciba de cualquier otro proveedor.

Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos cuando:

- son suministrados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia y atención de urgencia; y
- son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante una catástrofe

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

Visite el siguiente sitio web: www.HealthSun.com para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante una catástrofe.

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

Por lo general, si no puede acceder a un proveedor de la red durante una catástrofe, el plan le permitirá recibir atención médica de proveedores fuera de la red al precio que le correspondería según los costos compartidos dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante una catástrofe, puede abastecer su receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

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

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

Si ha pagado un monto superior al que le corresponde por los servicios cubiertos o ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para saber qué debe hacer.

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

HealthSun MediMax (HMO) cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios; estos servicios se enumeran en el Cuadro de beneficios médicos del plan (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto) y se obtienen de acuerdo con las normas del plan. Es su responsabilidad pagar el costo total por los servicios que reciba y que no estén cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos del plan o porque se obtuvieron a través de proveedores fuera de la red sin autorización.

Si quiere saber si pagaremos por algún servicio médico o por atención médica que desea recibir, tiene el derecho de preguntarnos si lo cubriremos o no antes de recibirlo. También tiene el derecho de preguntarlo por escrito. Si le informamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de denegación de cobertura de su atención.

En el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*), encontrará más información sobre qué debe hacer si quiere que tomemos una decisión de cobertura o desea apelar una decisión que ya hemos tomado. También puede llamar al Servicio para Afiliados para obtener más información (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto).

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted deberá pagar la totalidad de los costos de cualquier servicio que reciba luego de haber agotado sus beneficios para ese tipo de servicio cubierto. El pago de los costos una vez alcanzado el límite del beneficio **no** se tendrá en cuenta para el máximo de bolsillo. Puede llamar a Servicio para Afiliados cuando desee saber cuánto del límite de su beneficio ha usado ya.

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

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

Un estudio de investigación clínica (también denominado “ensayo clínico”) es una forma en la que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como, por ejemplo, cuán bien actúa un nuevo medicamento contra el cáncer. Para probar nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos, piden ayuda a voluntarios para el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas

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

finales de un proceso de investigación que permite a los médicos y científicos determinar si un método nuevo funciona y si es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están disponibles para los afiliados de nuestro plan. Primero, Medicare tiene que aprobar el estudio de investigación. Si participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos por su participación en el estudio.*

Una vez que Medicare apruebe el estudio, alguien que trabaje en el estudio se contactará con usted para brindarle más información y para ver si reúne los requisitos establecidos por los científicos que lo llevan a cabo. Puede participar en el estudio siempre y cuando satisfaga los requisitos para ello y comprenda y acepte por completo lo que implica participar en él.

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

Si quiere participar de un ensayo clínico de investigación aprobado por Medicare, *no* necesita nuestra aprobación o la de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le brinden atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Más allá de que no necesite nuestro permiso para participar de un estudio de investigación clínica, **si debe avisarnos antes de que comience su participación en dicho estudio.**

Si tiene planes de participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con el Servicio para Afiliados (en el dorso de este folleto encontrará impresos los números telefónicos) para notificarles esto y para obtener información más detallada sobre lo que pagará su plan.

Sección 5.2	Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué parte?
--------------------	--

Una vez que se une a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, contará con la cobertura de artículos y servicios de rutina que reciba como parte de dicho ensayo, incluidos los siguientes:

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una cirugía u otro procedimiento médico si es parte del ensayo clínico de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que surjan de la nueva atención.

Original Medicare pagará la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Una vez que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará una parte. Nosotros pagaremos la diferencia entre la distribución de costos de Original Medicare y la distribución de costos que le corresponde a usted como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted paga el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio que pagaría si hubiese recibido los servicios de nuestro plan.

Este es un ejemplo de cómo funcionan los costos compartidos: Supongamos que usted se realiza una prueba de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. Su parte del costo por esta prueba es de \$20 según Original Medicare, pero serían solo \$10 según los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y nosotros, \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, lo cual es el mismo monto que pagaría bajo los beneficios de nuestro plan.

Para que podamos pagar nuestra parte de los costos, usted deberá presentar una solicitud de pago. Junto con la solicitud, deberá enviarnos una copia de los Avisos de Resumen de Medicare u otra

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

documentación que demuestre qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto debe pagar. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

Cuando sea parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará el artículo o servicio nuevo que el estudio esté probando, a menos que Medicare cubra el artículo o servicio aunque usted *no* participe en un estudio.
- Los artículos y servicios que el estudio le dé a usted o a cualquier participante de forma gratuita.
- Los artículos o servicios prestados solo para recopilar datos, y no utilizados en su atención de la salud directa. Por ejemplo, Medicare no pagará tomografías computarizadas (computed tomography, CT) mensuales realizadas como parte de un estudio si, normalmente, su afección médica requiere solo una CT.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare y los estudios de investigación clínica”. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf).

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

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa no médica de atención de la salud”

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

Una institución religiosa no médica de atención de la salud es un centro que proporciona atención para una afección que, normalmente, se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada está en contra de las creencias religiosas del afiliado, en su lugar proveeremos la cobertura de la atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud. Podrá obtener atención médica en cualquier momento, por cualquier motivo. Este beneficio se proporciona solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención de la salud no médicos). Medicare solo pagará los servicios de atención de la salud no médicos prestados en instituciones religiosas no médicas de atención de la salud.

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

Para obtener atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud, usted debe firmar un documento legal que diga que se opone a conciencia a obtener tratamiento médico “no exceptuado”.

La atención o el tratamiento médicos “no exceptuados” es cualquier atención o tratamiento médico que sea *voluntario* y *no exigido* por ninguna ley federal, estatal o local.

El tratamiento médico “excluido” abarca la atención médica o el tratamiento médico que reciba que *no* sean voluntarios o que *sean obligatorios* según una ley federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa no médica de atención de la salud debe cumplir con los siguientes requisitos:

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan que usted recibe se limita a aspectos *no religiosos* de la atención.

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

- Si usted recibe servicios de esta institución, que se le brindan en un centro, aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada.
 - – y – debe obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan para que lo admitan en el centro; de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Nuestro plan cubre días adicionales ilimitados para la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados cuando sea necesario por motivos médicos. Consulte el cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para ser propietario del equipo médico duradero

Sección 7.1	¿Será propietario del equipo médico duradero después de realizar cierta cantidad de pagos en virtud de nuestro plan?
--------------------	---

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones motorizados, muletas, suministros para el tratamiento de la diabetes, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión IV, nebulizadores y camas hospitalarias solicitadas por un proveedor para su uso doméstico. El afiliado siempre posee ciertos artículos, como prótesis. En esta sección, veremos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

Conforme a Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pasan a ser propietarios del equipo después de pagar los copagos correspondientes al artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de HealthSun MediMax (HMO), normalmente, usted no adquirirá la propiedad de los artículos DME alquilados, independientemente del número de copagos que realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo DME. Puede llamar al Servicio para Afiliados (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto) para conocer los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe proporcionar.

¿Qué sucede con los pagos que ha realizado por equipo médico duradero en caso de cambiarse a Original Medicare?

Si usted no obtuvo la propiedad del artículo de DME mientras estuvo inscrito en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare para poder ser propietario del artículo. Los pagos que hizo mientras fue afiliado de nuestro plan no se tienen en cuenta para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo de DME conforme a Original Medicare *antes* de unirse a nuestro plan, sus pagos anteriores no contarán para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos luego de volver a inscribirse en Original Medicare para adquirir la propiedad del artículo. No hay excepciones a este caso cuando vuelve a inscribirse en Original Medicare.

SECCIÓN 8 Normas para los equipos de oxigenación, los suministros y el mantenimiento

Sección 8.1	¿Cuáles son sus beneficios de oxigenación?
--------------------	---

Si califica para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, mientras esté inscrito, HealthSun MediMax (HMO) cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxigenación
- Entrega de oxígeno y contenido de oxígeno

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

- Tubos y accesorios de oxigenación para la entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxigenación

Si deja HealthSun MediMax (HMO) o deja de necesitar médicamente el equipo de oxígeno, este se deberá devolver al propietario.

Sección 8.2 ¿Cuáles son sus costos compartidos? ¿Cambiará después de 36 meses?

Su distribución de costos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es **\$0**, cada año.

Su distribución de costos no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses en HealthSun MediMax (HMO).

Si antes de inscribirse en HealthSun MediMax (HMO) pagó el alquiler del equipo de oxígeno durante 36 meses, su distribución de costos en HealthSun MediMax (HMO) es **\$0**.

Sección 8.3 ¿Qué ocurre si abandona su plan y vuelve a Original Medicare?

Si vuelve a inscribirse en Original Medicare, comienza un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si pagó el alquiler del equipo de oxígeno durante 36 meses antes de inscribirse en HealthSun MediMax (HMO), se inscribe en HealthSun MediMax (HMO) durante 12 meses y luego vuelve a Original Medicare, pagará el costo compartido total de la cobertura del equipo de oxígeno.

Del mismo modo, si pagó durante 36 meses mientras estaba inscrito en HealthSun MediMax (HMO) y luego vuelve a Original Medicare, pagará el costo compartido total de la cobertura del equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1	Cómo entender sus gastos de bolsillo para los servicios cubiertos	49
Sección 1.1	Tipos de gastos de bolsillo que posiblemente deba pagar por los servicios cubiertos	49
Sección 1.2	¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de Medicare Parte A y Parte B?.....	49
Sección 1.3	Nuestro plan no les permite a los proveedores facturarle el saldo a usted	49
SECCIÓN 2	Consulte el <i>Cuadro de beneficios médicos</i> para saber qué está cubierto y cuánto pagará	50
Sección 2.1	Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan.....	50
SECCIÓN 3.	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?.....	81
Sección 3.1	Servicios que <i>no</i> cubrimos (exclusiones).....	81

SECCIÓN 1 Cómo entender sus gastos de bolsillo para los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y en lo que usted paga por sus beneficios médicos. Incluye un Cuadro de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos e indica cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de HealthSun MediMax (HMO). Más adelante en este capítulo, encontrará información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos. También explica las restricciones de determinados servicios.

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que posiblemente deba pagar por los servicios cubiertos

Para entender la información sobre pagos que le brindamos en este capítulo, debe conocer los tipos de gastos de bolsillo que posiblemente deba pagar por los servicios cubiertos.

- El “**copago**” es un monto fijo que usted paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. Usted pagará un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (En el Cuadro de beneficios médicos de la Sección 2 encontrará más información sobre sus copagos).
- El “**coseguro**” es el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Usted pagará un coseguro en el momento en que reciba el servicio médico. (En el Cuadro de beneficios médicos de la Sección 2 encontrará más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o el programa de Beneficiarios calificados de Medicare (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos o coseguros. Asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde. Si cree que se le pide que pague indebidamente, comuníquese con Servicio para Afiliados.

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

Como está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en la cantidad que tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos de la red que están cubiertos en virtud de Medicare Parte A y Parte B (consulte el Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 a continuación). Este límite es el monto máximo de bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de HealthSun MediMax (HMO), lo máximo que tendrá que pagar de su bolsillo por servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B en 2022 es **\$3,450**. Los montos que usted paga en concepto de copagos y coseguros por servicios cubiertos dentro de la red se computan para este monto máximo de bolsillo. (Los medicamentos recetados de la Parte D y su prima del plan no se computan para el monto máximo de bolsillo). Además, los montos que usted paga por algunos servicios no se contabilizan para el monto máximo de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en el Cuadro de beneficios médicos). Si alcanza el monto máximo de bolsillo de **\$3,450**, no tendrá que pagar ningún gasto de su bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, deberá continuar pagando su prima del plan y la prima de Medicare Parte B (a menos que Medicaid o un tercero pague la prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3 Nuestro plan no les permite a los proveedores facturarle el saldo a usted

Como miembro de HealthSun MediMax (HMO), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el monto de su distribución de costos cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, lo que se conoce como “facturación del saldo”. Esta protección (por la cual usted nunca pagará más que su parte de los costos

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

compartidos) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio e incluso si existe una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así funciona esta protección:

- Si la suma de distribución de costos es un copago (un monto fijo en dólares, por ejemplo, \$15.00), usted solo pagará ese monto por los servicios cubiertos de un proveedor de la red.
- Si su parte de los costos compartidos es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca pagará más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determine en el contrato celebrado entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red únicamente en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando usted obtiene una referencia).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red únicamente en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando usted obtiene una referencia).
- Si usted considera que un proveedor le envió una factura por los servicios prestados, llame al Servicio para Afiliados. (Los números telefónicos figuran en el dorso de este folleto).

SECCIÓN 2 Consulte el *Cuadro de beneficios médicos* para saber qué está cubierto y cuánto pagará

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

En el Cuadro de beneficios médicos de las páginas siguientes se enumeran los servicios que cubre HealthSun MediMax (HMO) y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. Los servicios que figuran en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos únicamente cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben brindarse según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (atención médica, servicios, suministros y equipos) *deben* ser necesarios por motivos médicos. “Necesario por motivos médicos” significa que los servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Usted recibe atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta. En el Capítulo 3, encontrará más información sobre los requisitos para recurrir a proveedores de la red y los casos en los que cubriremos los servicios prestados por un proveedor fuera de la red.
- Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP), quien proporciona y supervisa su atención. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe darle una aprobación por adelantado antes de que usted pueda ver a otros proveedores de la red del plan. Esto se llama darle una “referencia”. En el Capítulo 3, se brinda más información sobre cómo obtener una referencia y sobre los casos en los que no necesita una referencia.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- Algunos de los servicios que figuran en el Cuadro de beneficios médicos *solo* están cubiertos si su médico u otro proveedor dentro de la red obtiene nuestra aprobación previa (a veces llamada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa están marcados en el Cuadro de beneficios médicos con una nota a pie de página para cada sección de beneficios, según corresponda (puede ver “se requiere autorización previa” o “se requiere autorización previa y remisión”).

Otras cuestiones importantes que debe saber sobre su cobertura:

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que Original Medicare cubra. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Por otros, paga *menos*. (Si desea saber más acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte en su manual *Medicare y Usted 2022*. Puede consultarlo en línea aquí www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Con respecto a todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo en virtud de Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- A veces, Medicare agrega cobertura en virtud de Original Medicare para servicios nuevos durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante 2022, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.

Información importante sobre los beneficios para los inscritos con afecciones crónicas

- Si se le diagnostica alguna o varias de las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con determinados criterios, es posible que sea elegible para recibir beneficios especiales complementarios para personas con enfermedades crónicas.
 - Dependencia del alcohol y otras drogas; trastornos autoinmunes; cáncer; trastornos cardiovasculares; insuficiencia cardíaca crónica; demencia; diabetes; enfermedad hepática en etapa terminal; enfermedad renal en etapa terminal (ESRD); trastornos hematológicos graves; VIH/SIDA; trastornos pulmonares crónicos; trastornos mentales crónicos e incapacitantes; trastornos neurológicos; accidente cerebrovascular; y todas las demás afecciones crónicas aprobadas por el plan.
 - Los afiliados son elegibles en función de los criterios clínicos de una afección crónica, según lo determina el médico. Las afecciones crónicas son aquellas que se espera que estén presentes durante la mayor parte del año del plan, impactan las actividades de la vida diaria y requieren tratamiento médico continuo. Se necesita autorización previa.
- Consulte la fila “Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos” en el siguiente cuadro de beneficios médicos para obtener más detalles.



Usted verá esta manzana junto a los servicios preventivos en el cuadro de beneficios.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Cuadro de beneficios médicos**

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una prueba de detección única con ecografía para personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión para esta por parte de su médico, el asistente médico, un enfermero practicante o un enfermero especialista clínico.</p> <p><i>Puede requerir autorización previa y remisión.</i></p>	<p>Los afiliados que sean elegibles para esta prueba de detección preventiva no deben pagar ningún coseguro, copago ni deducible.</p>
<p>Acupuntura para dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <p>Se cubren hasta 12 consultas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en virtud de las siguientes circunstancias:</p> <p>A los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico debe tener las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tener una duración de 12 semanas o más; • ser no específico, en cuanto a que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no asociado con la enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no estar relacionado con una cirugía; y • no estar relacionado con un embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>El tratamiento se debe interrumpir si el paciente no mejora o empeora.</p> <p>Requisitos de los proveedores:</p> <p>Los médicos (según se define en 1861[r][1] de la Ley del Seguro Social) pueden prestar servicio de acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), los enfermeros practicantes (NP)/enfermeros especialistas clínicos (CNS) (según se indica en 1861[aa][5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden prestar servicio de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM). • Una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (p. ej., Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que preste servicio de acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, un PA o un NP/CNS, conforme a lo contemplado por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.</p> <p>*También cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 12 visitas por año para el tratamiento de acupuntura. <p>Un acupunturista o médico/profesional certificado por el estado con autorización para practicar acupuntura debe proporcionar la terapia de acupuntura.</p> <p><i>Puede requerir autorización previa y remisión.</i></p>	<p>Copago de \$0 para cada tratamiento.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>*Medicina alternativa: masaje terapéutico Cubrimos hasta 24 visitas para masaje terapéutico por año. <i>Un médico o profesional médico debe ordenar los servicios.</i> Puede requerir autorización previa y remisión.</p>	<p>Copago de \$0 para servicios de masaje terapéutico aprobados por el plan.</p>
<p>*Terapia alternativa: plasma rico en plaquetas (PRP) El plasma rico en plaquetas (PRP) es un beneficio complementario a fin de promover la curación y tratar el dolor en medicina ortopédica. Las inyecciones de plasma rico en plaquetas para el control del dolor por osteoartritis están disponibles para tratar o aliviar el impacto de la enfermedad o lesión. Requieren aprobación previa del plan y una referencia de su médico. No hay límite para la cantidad de partes del cuerpo en las que se utilizaría. Sin embargo, en su mayoría, el tratamiento se aplicará a cualquier parte del cuerpo por hasta tres meses consecutivos y hasta dos veces por año. <i>Antes de iniciar el tratamiento, debe haber un diagnóstico relacionado con un examen físico y se debe obtener confirmación a través de estudios de diagnóstico por imágenes, como una radiografía, ecografía, resonancia magnética (IRM) o tomografía computarizada (TC), así como otras recomendaciones previas al tratamiento.</i> Puede requerir autorización previa y remisión.</p>	<p>Copago de \$0 para cada tratamiento.</p>
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen los servicios de ambulancia de ala fija, ala rotatoria y terrestre, hasta el centro apropiado más cercano que pueda proporcionar atención si se proporcionan a un miembro cuya condición médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona, o si lo autoriza el plan. Corresponde el transporte en ambulancia que no sea de emergencia si está documentado que la afección del afiliado es tal que otro tipo de transporte podría poner en riesgo la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es necesario por motivos médicos. <p>Consulte <i>Atención de emergencia</i> para conocer otra información importante sobre la cobertura y los costos compartidos en caso de emergencia. Se puede requerir autorización previa para servicios de ambulancia que no sean de emergencia, y también para un traslado entre instituciones o un traslado de vuelta a casa desde un centro después de un alta hospitalaria.</p>	<p>Copago de \$0 por el transporte en ambulancia de emergencia y no de emergencia cubierto por Medicare.</p>
<p> Visita de bienestar anual Si usted ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede obtener una visita de bienestar anual para elaborar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en sus factores actuales de salud y riesgo. Este beneficio se cubre una vez cada 12 meses. Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede tener lugar dentro de los 12 meses de su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, usted no necesita haber realizado la consulta “Bienvenido a Medicare” para tener cubiertas las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses. Puede requerir autorización previa y remisión.</p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por la visita de bienestar anual.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de densitometría ósea Para las personas calificadas (en general, quienes corren riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis), los siguientes servicios se cubren cada 24 meses, o con más frecuencia si fueran necesarios por motivos médicos: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación del médico de los resultados. <i>Puede requerir autorización previa y remisión.</i></p>	No debe pagar coseguros, copagos ni deducibles por el examen de densitometría ósea cubierto por Medicare.
<p> Prueba de detección de cáncer de mamas (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Una mamografía inicial para las mujeres de entre 35 y 39 años Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de más de 40 años Exámenes clínicos de las mamas una vez cada 24 meses <i>Puede requerir autorización previa y remisión.</i></p>	No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas.
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca El plan cubre programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento para los afiliados que cumplen con ciertos requisitos y que tienen la referencia de un médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que son normalmente más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. <i>Puede requerir autorización previa y remisión.</i></p>	Copago de \$0 por visita para los servicios de rehabilitación cardíaca y los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.
<p> Visita para la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedad cardiovascular) Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico podrá hablarle sobre el uso de aspirinas (si correspondiera), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo de forma saludable. <i>Puede requerir autorización previa y remisión.</i></p>	No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por el beneficio para la prevención de enfermedades cardiovasculares de terapia conductual intensiva.
<p> Pruebas para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de desarrollar enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses). <i>Puede requerir autorización previa y remisión.</i></p>	No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por las pruebas para detectar enfermedades cardiovasculares que están cubiertas una vez cada 5 años.
<p> Prueba de detección de cáncer vaginal y de cuello del útero Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicoláu y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. Si usted tiene un riesgo alto de padecer cáncer vaginal o de cuello del útero, o si está en edad fértil y su prueba de Papanicoláu ha arrojado resultados anormales en los últimos 3 años: una prueba de Papanicoláu cada 12 meses. <i>Puede requerir autorización previa y remisión.</i></p>	No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por las pruebas de Papanicolaou ni por los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones</p> <p>*También cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 12 visitas por año para servicios quiroprácticos de rutina. 	<p>Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para visita de atención de rutina.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal Cubrimos los siguientes servicios para personas mayores de 50 años: Sigmoidoscopia flexible (o prueba de detección de enema opaco como alternativa) cada 48 meses Uno de los siguientes cada 12 meses: Prueba de sangre oculta en heces basada en guayacol (gFOBT) Prueba inmunoquímica fecal (PIF) Prueba de detección colorrectal basada en ADN cada 3 años Para personas que tienen un riesgo alto de padecer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente: Colonoscopia de detección (o prueba de detección de enema opaco como alternativa) cada 24 meses Para personas que no tienen un riesgo alto de padecer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente: Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no en el plazo de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección Puede requerir autorización previa y remisión.</p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.</p>
<p>*Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como la limpieza, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos lo siguiente: Hasta \$5,000 por año para servicios preventivos e integrales.</p> <p>*Servicios dentales preventivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos exámenes orales por año. • Dos profilaxis (limpiezas) por año. • Dos tratamientos de flúor por año. • Una serie de radiografías dentales de aleta de mordida dos veces por año. • Una serie completa de radiografías de toda la boca (panorámica) cada tres años. 	<p>Copago de \$0 para servicios dentales preventivos e integrales.</p> <p>\$5,000 es el beneficio máximo anual del plan para servicios dentales preventivos e integrales.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>*Servicios dentales — Continuación</p> <p>*Servicios dentales integrales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta dos implantes por año (prostodoncia). • Hasta dos coronas por año (prostodoncia). • Hasta dos tratamientos de conducto por año (endodoncia). • Hasta cuatro servicios de restauración por año (cuatro piezas dentales). • Hasta cuatro extracciones por año (simples). • Un raspado/alisado radicular por cuadrante por año (periodoncia). • Un desbridamiento de boca completa cada 24 meses consecutivos (periodoncia). • Una dentadura postiza parcial cada tres años (prostodoncia). • Una prótesis superior completa (dentadura postiza) cada tres años (prostodoncia). • Una prótesis inferior completa (dentadura postiza) cada tres años (prostodoncia). • Otros servicios de cirugía oral/maxilofacial y otros servicios dentales. <p>Consulte <i>Servicios de médicos/profesionales, incluidas visitas al consultorio del médico</i> en este capítulo.</p> <p><i>Se puede requerir autorización previa para los servicios dentales integrales.</i></p>	
<p> Prueba de detección de depresión</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La prueba debe realizarse en un entorno de atención primaria donde se pueda brindar tratamiento de seguimiento y/o referencias.</p> <p><i>Puede requerir autorización previa y remisión.</i></p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible para realizar una prueba de detección de depresión anual.</p>
<p> Prueba de detección de la diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba de detección (incluidas las pruebas de glucemia en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de nivel alto de azúcar en sangre (glucosa). Es posible que estas pruebas también estén cubiertas si usted cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para que le realicen hasta dos pruebas de detección de la diabetes cada 12 meses.</p> <p><i>Puede requerir autorización previa y remisión.</i></p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Entrenamiento de autoadministración para la diabetes, servicios y suministros para la diabetes.</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que utilicen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <p>Suministros para controlar la glucemia, como monitores de glucosa en sangre, tiras reactivas para medir la glucosa en sangre, lancetas y dispositivos para lancetas, y soluciones para el control de la glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores.</p> <p>Para personas con diabetes que tienen enfermedad del pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluidas las plantillas que se entregan con los zapatos) por año calendario y dos pares de plantillas adicionales o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas que se entregan con los zapatos). La cobertura incluye el ajuste.</p> <p>El entrenamiento de autoadministración para la diabetes está cubierto en determinadas circunstancias.</p> <p>Los glucómetros, las tiras reactivas de sangre y las lancetas se limitan a los siguientes fabricantes: Precision, TrueMatrix, TrueTest, Contour, Ascensia, Freestyle.</p> <p><i>Puede requerir autorización previa.</i></p>	<p>Copago de \$0 para entrenamiento de autoadministración para la diabetes cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para suministros para el tratamiento de la diabetes cubiertos por Medicare para controlar la glucosa en sangre.</p> <p>Copago de \$0 para zapatos terapéuticos y plantillas para diabéticos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para conocer la definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 de este folleto).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para el tratamiento de la diabetes, camas hospitalarias pedidas por un proveedor para el uso doméstico, bombas de infusión IV, dispositivos generadores de voz, equipos de oxigenación, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no tiene dispositivos de una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista de proveedores más actualizada está disponible en nuestro sitio web www.healthsun.com.</p>	<p>Copago de \$0 para los monitores continuos de glucosa (CGM) “Freestyle Libre” cubiertos por Medicare y sus suministros.</p> <p>Copago de \$0 para los ácidos hialurónicos aprobados por el plan.</p> <p>Copago de \$0 para todos los demás equipos médicos duraderos (DME) cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados – Continuación Freestyle Libre es la marca preferida de este plan para monitores continuos de glucosa (CGM).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los CGM deben adquirirse en una farmacia minorista de la red. • No cubriremos los CGM adquiridos a través de un proveedor de DME. <p>DUROLANE, EUFLEXXA, SUPARTZ, y Gel-SYN-3 son las marcas que cubriremos para los ácidos hialurónicos. Otras marcas de ácido hialurónico están cubiertas solo si el proveedor las considera médicamente necesarias.</p> <p>Por lo general, HealthSun MediMax (HMO) cubre cualquier equipo médico duradero cubierto por Original Medicare de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos diga que la marca es apropiada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es nuevo en HealthSun MediMax (HMO) y usa una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos cubriendo esta marca durante un máximo de 90 días. Durante este periodo, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada para usted después de estos 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede solicitarle una referencia para tener una segunda opinión).</p> <p>Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor podrán presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor acerca de qué producto o marca es adecuado para su afección médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9 <i>Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]</i>).</p> <p><i>Puede requerir autorización previa.</i></p>	

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a servicios que son: suministrados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Se considera que una situación constituye una emergencia médica si usted o cualquier persona no especialista que tenga un conocimiento promedio sobre salud y medicina consideran que usted tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeore rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios fuera de la red son los mismos que los de los servicios que se prestan dentro de la red.</p> <p>*También ofrecemos cobertura fuera de EE. UU. y sus territorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de emergencia en todo el mundo • Atención de urgencia en todo el mundo • Transporte de emergencia en todo el mundo <p>\$100,000 es el beneficio máximo del plan cubierto para los servicios de atención de urgencia y emergencia en todo el mundo. Consulte <i>Servicios de ambulancia y servicios de urgencia necesarios</i> para conocer otra información importante sobre la cobertura y los costos compartidos.</p>	<p>Copago de \$0 para la atención de emergencia cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para la atención de emergencia/urgencia en todo el mundo y el transporte de emergencia en todo el mundo. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que su afección de emergencia se estabilice, debe volver a un hospital de la red para continuar recibiendo atención con cobertura <i>O</i> debe obtener la autorización del plan a fin de recibir atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red, y su distribución de costos sería la que pagaría en un hospital de la red.</p>
<p> Programas de educación sobre salud y bienestar</p> <p>Proporcionamos los beneficios complementarios que se mencionan a continuación para todos los afiliados inscritos en este plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación sobre salud para los afiliados para quienes se ha identificado una necesidad de educación sobre una enfermedad o afección específica a través de una evaluación de riesgo de salud o una referencia de un médico o autorreferencia. • Asesoramiento nutricional “dietary” en un entorno individual o grupal por parte de un profesional de la nutrición, según el médico tratante lo considere necesario por motivos médicos. <p>Puede requerir autorización previa y remisión.</p>	<p>Copago de \$0 para educación sobre la salud y asesoramiento nutricional/dietético.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de audición Las evaluaciones de audición y equilibrio de diagnóstico que realiza su PCP para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>*También cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de audición de rutina por año. • Una evaluación/colocación de audífonos por año. • Hasta \$1,500 cada dos años para los audífonos aplicados para ambos oídos combinados. <p><i>Puede requerir autorización previa y remisión.</i></p>	<p>Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para examen de rutina.</p> <p>Copago de \$0 para colocación/evaluación.</p> <p>Copago de \$0 para audífonos.</p> <p>\$1,500 es el beneficio máximo del plan cada dos años para los audífonos.</p>
<p> Prueba de detección del VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que corren un mayor riesgo de contraer una infección por VIH, cubrimos lo siguiente: Un examen de detección cada 12 meses Para las mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo</p> <p><i>Puede requerir autorización previa y remisión.</i></p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los afiliados que sean elegibles para la prueba de detección preventiva del VIH cubierta por Medicare.</p>
<p>Atención de una agencia de atención médica a domicilio Antes de recibir servicios de salud a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios de salud a domicilio y debe solicitar que los servicios sean provistos por una agencia de atención médica a domicilio. Usted debe estar confinado a su casa, lo que significa que salir le implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: Servicios a tiempo parcial o intermitentes de enfermería especializada o de un asistente de atención médica a domicilio (que se cubrirán como parte del beneficio de atención médica en el hogar; los servicios combinados de enfermería especializada y del asistente de atención médica a domicilio no deben superar las 8 horas por día y las 35 horas por semana) Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla Servicios médicos y sociales Equipos y suministros médicos</p> <p><i>Puede requerir autorización previa y remisión.</i></p>	<p>Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Terapia de infusión en el hogar La terapia de infusión en el hogar consiste en la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a un individuo en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión a domicilio incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales o inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, la bomba) y los suministros (por ejemplo, los tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: Los servicios profesionales, que incluyen servicios de enfermería, suministrados de acuerdo con el plan de atención La capacitación y la educación del paciente sin ningún otro tipo de cobertura dentro del beneficio de equipo médico duradero. Monitoreo remoto. Los servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusión a domicilio y de los fármacos de infusión a domicilio suministrados por un proveedor de terapia de infusión a domicilio calificado <i>Puede requerir autorización previa y remisión.</i></p>	<p>Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p>Cuidados de hospicio Usted puede recibir cuidado de cualquier programa de un centro para enfermos terminales certificado por Medicare. Usted es elegible para recibir el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado una prognosis terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y que tiene 6 meses o menos de vida si la enfermedad sigue su curso normal. Su médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para controlar los síntomas y aliviar el dolor • Atención de relevo a corto plazo • Atención en el hogar <p><u>Respecto de los servicios para enfermos terminales y los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y están relacionados con su prognosis terminal:</u> Original Medicare (y no nuestro plan) pagará sus servicio para enfermos terminales y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su prognosis terminal. Mientras usted esté en el programa de hospicio, su proveedor de servicios de hospicio le facturará a Original Medicare los servicios que paga Original Medicare.</p> <p><u>Respecto de los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B, pero no están relacionados con su prognosis terminal:</u> Si solicita servicios que son necesarios, pero que no son de urgencia ni de emergencia, y que están cubiertos por Medicare Parte A o B, pero que no están relacionados con su pronóstico terminal, lo que deberá pagar por estos servicios dependerá de si lo atiende un proveedor de la red de nuestro plan:</p> <p>Si recibe los servicios cubiertos de parte de un proveedor de la red, solo deberá pagar su parte de los costos compartidos del plan por los servicios dentro de la red. Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará la distribución de costos correspondiente a Medicare de tarifa por servicio (Original Medicare).</p>	<p>Cuando se inscribe en un Programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios para enfermos terminales y servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su prognosis terminal son pagados por Original Medicare, no por HealthSun MediMax (HMO).</p> <p>Copago de \$0 para una visita de consulta antes de elegir el hospicio.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cuidados de hospicio — Continuación</p> <p><u>Respecto de los servicios cubiertos por HealthSun MediMax (HMO), pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o B:</u> HealthSun MediMax (HMO) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, estén o no relacionados con su prognosis terminal. Usted paga su parte de los costos compartidos del plan por estos servicios.</p> <p><u>Para medicamentos que puedan estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> Los medicamentos nunca tienen cobertura del hospicio y de nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>¿Qué ocurre si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?</i>).</p> <p>Nota: Si necesita cuidados que no sean de hospicio (es decir, que no estén relacionados con su prognosis terminal), contáctenos para organizar los servicios. Nuestro plan cubre los servicios de consulta sobre hospicios (una sola vez) para un enfermo terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Algunos de los servicios que cubre Medicare Parte B son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Vacuna contra la neumonía ● Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales si fueran necesarias por motivos médicos ● Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contagiarse hepatitis B ● Vacuna contra el COVID-19. ● Otras vacunas, si usted está en riesgo y las vacunas cumplen con las normas de la cobertura de Medicare Parte B <p>También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p> <p><i>Puede requerir autorización previa.</i></p>	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.
<p>*Servicios de apoyo en el hogar</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Proporciona hasta 30 horas por año de compañía y asistencia para las actividades independientes de la vida diaria, como ayuda en tareas ligeras, recados, apoyo tecnológico y más. ● El apoyo en el hogar puede funcionar junto con otros beneficios o planes de atención para promover la vida independiente, ayudar a reducir la sensación de aislamiento social del miembro y mejorar su perspectiva mental en general. ● Debe utilizar el proveedor aprobado por el plan. Para obtener más información, comuníquese con Servicio para Afiliados. 	Copago de \$0 para servicios de apoyo en el hogar.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados Incluye atención para pacientes hospitalizados con afecciones agudas, rehabilitación para pacientes hospitalizados, atención hospitalaria a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados comienza el día en que lo admiten formalmente en el hospital con una orden del médico. El día antes de ser dado de alta del hospital es su último día como paciente hospitalizado.</p> <p>Cubrimos un número ilimitado de días adicionales cuando sea médicamente necesario. Los servicios cubiertos comprenden los siguientes (entre otros):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si fuera necesaria por motivos médicos) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de unidades de atención especial (como la unidad de cuidados intensivos o la unidad de atención coronaria) • Fármacos y medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos del quirófano y la sala de reanimación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios para el abuso de sustancias para pacientes hospitalizados <p><i>Puede requerir autorización previa y remisión.</i></p>	<p>Copago de \$0 para cada estadía y servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>El periodo de beneficios comienza el día en el que usted ingresa a un hospital y finaliza cuando no haya recibido atención hospitalaria para pacientes hospitalizados durante 60 días corridos. Si usted ingresa a un hospital después de que haya finalizado un periodo de beneficios, se inicia un nuevo periodo de beneficios.</p> <p>Si recibe atención autorizada para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red después de que se le establezca la afección de emergencia, deberá pagar la parte que le corresponde de los costos compartidos que pagaría en un hospital dentro de la red.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados – Continuación</p> <ul style="list-style-type: none"> • En determinadas circunstancias, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, de riñón, de riñón-páncreas, de corazón, de hígado, de pulmón, de corazón/pulmón, de médula ósea, de células madre y de intestino/vísceras múltiples. Si usted necesita un trasplante, haremos que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se encuentran fuera del modelo de atención de su comunidad, puede optar por usar los servicios locales siempre y cuando los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si HealthSun MediMax (HMO) presta servicios de trasplante en un sitio fuera del circuito de atención para trasplantes en su comunidad y usted opta por llevar a cabo el trasplante en este sitio distante, organizaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre; incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de la sangre completa y eritrocitos concentrados comienza con la cuarta pinta de sangre que usted necesite: usted debe pagar los costos de las 3 primeras pintas de sangre que obtenga en un año calendario, o bien, puede donar la sangre usted u otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Servicios del médico <p>Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe emitir una orden de admisión formal como paciente hospitalizado al hospital específico. Incluso si se queda de un día para otro en el hospital, podría ser considerado un paciente “ambulatorio”. Si no está seguro de ser un paciente hospitalizado o ambulatorio, consúltelo con el personal del hospital.</p> <p>Puede encontrar más información en la hoja de información de Medicare “¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, pregunte.” Esta hoja de información está disponible en la Web aquí: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p>Puede requerir autorización previa y remisión.</p>	

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de la salud mental para pacientes hospitalizados Los servicios cubiertos incluyen atención de la salud mental que requiera hospitalización. Existe un límite de por vida de 190 días para los servicios de hospitalización psiquiátrica en un hospital psiquiátrico independiente. El límite de por vida de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados prestados por una unidad psiquiátrica de un hospital general.</p> <p><i>Puede requerir autorización previa y remisión.</i></p>	<p>Copago de \$0 para cada estadía y servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>El periodo de beneficios comienza el día en el que usted ingresa a un hospital y finaliza cuando no haya recibido atención hospitalaria para pacientes hospitalizados durante 60 días corridos. Si usted ingresa a un hospital después de que haya finalizado un periodo de beneficios, se inicia un nuevo periodo de beneficios.</p>
<p>Hospitalización: servicios cubiertos prestados en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios de atención de salud mental para pacientes hospitalizados o de SNF o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que usted reciba mientras esté internado en el hospital o el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios del médico • Análisis de diagnóstico (como análisis de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia de isótopos, incluidos los materiales y los servicios de los técnicos • Vendajes quirúrgicos • férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Prótesis y dispositivos ortopédicos (que no sean dentales) que reemplacen la totalidad o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperante o con disfunción, incluidos el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • férulas para pierna, brazo, collarines, bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluso los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios a causa de roturas, desgaste, pérdida o un cambio en la condición física del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional <p><i>Puede requerir autorización previa y remisión.</i></p>	<p>Su parte de los costos compartidos para los servicios cubiertos durante una hospitalización no cubierta se describen en este cuadro.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>*Comidas: posteriores al alta Los afiliados son elegibles para recibir tres comidas congeladas nutritivas y precocinadas, con entrega diaria, sin costo, durante dos semanas (42 como máximo) después de pasar una noche en el hospital o en un centro de enfermería, o tras una cirugía con hospitalización. Máximo de dos admisiones como paciente hospitalizado por año. <i>Puede requerir autorización previa y remisión.</i></p>	<p>Copago de \$0 para comidas aprobadas por el plan.</p>
<p> Terapia médica de nutrición Este beneficio está destinado a las personas con diabetes, con enfermedad renal (pero que no estén realizándose diálisis) o que se realizaron un trasplante de riñón, con una referencia del médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia nutricional médica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage u Original Medicare), y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, podrá recibir más horas de tratamiento con la referencia de un médico. Un médico debe indicarle estos servicios y renovar su referencia cada año si tiene que seguir este tratamiento el próximo año calendario. <i>Puede requerir autorización previa y remisión.</i></p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los afiliados que sean elegibles para los servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios de Medicare elegibles conforme a los planes de salud Medicare. El MDPP es una intervención estructurada para el cambio del comportamiento en relación con la salud. Brinda una capacitación práctica para el cambio a largo plazo en la dieta, un aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar la dificultad que representa mantener una pérdida de peso sostenida y un estilo de vida saludable. <i>Puede requerir autorización previa y remisión.</i></p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los afiliados de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que normalmente no son autoadministrados por el paciente y son inyectados o infundidos mientras recibe servicios del médico, como paciente ambulatorio, o del centro quirúrgico ambulatorio • Medicamentos que usted toma utilizando equipo médico duradero (como un nebulizador) que fueron autorizados por el plan • Factores de coagulación que usted se autoadministra mediante inyecciones si padece hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si usted se inscribió en Medicare Parte A en el momento del trasplante de órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si está confinado a su casa, tiene una fractura de hueso que un médico haya certificado como asociada a la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos antineoplásicos orales y medicamentos para las náuseas • Determinados medicamentos para la diálisis en el hogar, como la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario por motivos médicos, los anestésicos tópicos y los agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen[®], Procrit[®], Epoetin Alfa, Aranesp[®] o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria • Las categorías de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetas a la terapia escalonada incluyen: Factor estimulante de colonias (CSF) de corta duración, inmunoglobulina (IG), antagonistas selectivos del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF), factor estimulante de colonias (CSF) de larga duración, agentes inyectables para la anemia ferropénica. <p>El siguiente enlace lo dirigirá a una lista de los medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: http://www.healthsun.com/plans-coverage/prescription-drug-benefits</p> <p>También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5 se explica el beneficio de los medicamentos recetados de la Parte D e incluye las normas que debe seguir para que las recetas estén cubiertas. El monto que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se describe en el Capítulo 6.</p> <p><i>Puede requerir autorización previa.</i></p>	<p><i>La distribución de costos se basa en el servicio prestado y en el lugar donde se recibe.</i></p> <p>Copago de \$0 para medicamentos de quimioterapia/radiación de Medicare Parte B y otros medicamentos de Medicare Parte B <i>administrados en un centro médico.</i></p> <p>20 % del costo de los medicamentos de quimioterapia/radiación de Medicare Parte B y otros medicamentos de Medicare Parte B <i>administrados en el consultorio médico, en una farmacia o en un hospital como servicio ambulatorio.</i></p> <p>Hay algunos medicamentos de Medicare Parte B que requieren una terapia escalonada, además de obtener una autorización previa. La terapia escalonada es una herramienta de uso que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que el plan cubra el medicamento que puede haber recetado inicialmente su médico. Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>
<p>*Línea directa de enfermería (tecnologías de acceso remoto)</p> <p>Los afiliados tienen acceso a una línea de enfermería gratuita para hablar directamente con un enfermero registrado que ayudará a responder preguntas relacionadas a la salud. Llame a Servicio para Afiliados al 1-877-336-2069 para conectarse.</p>	<p>Copago de \$0 para el servicio de línea directa de enfermería.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de obesidad y terapia para favorecer la pérdida de peso sostenida</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde pueda coordinarse con su plan integral de prevención. Consulte con su médico de atención primaria u otro profesional para obtener más información.</p> <p><i>Puede requerir autorización previa y remisión.</i></p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por la prueba de detección de obesidad y terapia preventiva.</p>
<p>Servicios del Programa de Tratamiento por Uso de Opioides</p> <p>Los afiliados de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de los servicios para tratarlo mediante el Programa de Tratamiento por Uso de Opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicación para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT) con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. • Suministro y administración de los medicamentos MAT, si corresponde. • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Prueba de toxicología. • Actividades de admisión. • Evaluaciones periódicas. <p><i>Puede requerir autorización previa y remisión.</i></p>	<p>Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico ambulatorias, y servicios y suministros terapéuticos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Radioterapia (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros técnicos (servicios de radiología terapéutica) • Suministros quirúrgicos, tales como vendajes • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Análisis de laboratorio • Sangre; incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y eritrocitos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias (p. ej., lecturas del metabolismo basal, electroencefalogramas, electrocardiogramas, pruebas de la función respiratoria, evaluaciones cardíacas, pruebas de alergia y pruebas psicológicas) <p><i>Puede requerir autorización previa y remisión.</i></p>	<p>Copago de \$0 para las radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para los servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para los servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para suministros quirúrgicos, férulas, yesos y otros dispositivos cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para los análisis de laboratorio y servicios de sangre cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para otras pruebas de diagnóstico ambulatorias cubiertas por Medicare.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Observación en hospital para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser ingresado como paciente hospitalizado o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios de hospitalización para observación de pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y se deben considerar razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando son proporcionados por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y estatutos del personal del hospital para admitir pacientes al hospital o solicitar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor emita una orden para admitirlo en el hospital como paciente hospitalizado, usted será un paciente ambulatorio y deberá pagar su parte de los costos compartidos por los servicios de hospital para pacientes ambulatorios. Incluso si se queda de un día para otro en el hospital, podría ser considerado un paciente “ambulatorio”. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, consúltelo con el personal del hospital.</p> <p>Puede encontrar más información en la hoja de información de Medicare “¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, pregunte.” Esta hoja de información está disponible en la Web aquí: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p><i>Puede requerir autorización previa.</i></p>	<p>Copago de \$0 para servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios necesarios por motivos médicos que usted reciba en el departamento de atención ambulatoria de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencia o una clínica ambulatoria, como los de observación o cirugía ambulatoria • Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturados por el hospital • Atención de la salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sin esta atención sería necesario un tratamiento como paciente hospitalizado • Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no pueda autoadministrarse <p>Nota: A menos que el proveedor emita una orden para admitirlo en el hospital como paciente hospitalizado, usted será un paciente ambulatorio y deberá pagar su parte de los costos compartidos por los servicios de hospital para pacientes ambulatorios. Incluso si se queda de un día para otro en el hospital, podría ser considerado un paciente “ambulatorio”. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, consúltelo con el personal del hospital.</p> <p>Puede encontrar más información en la hoja de información de Medicare “¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, pregunte.” Esta hoja de información está disponible en la Web aquí: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p>Los servicios ambulatorios cubiertos enumerados en este beneficio también se describen en otra parte de este Cuadro de beneficios médicos.</p> <p><i>Puede requerir autorización previa y remisión.</i></p>	<p>Copago de \$0 para cirugía ambulatoria en un hospital cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para la atención de emergencia cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para los laboratorios cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para pruebas de diagnóstico, radiografías y servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para atención de la salud mental y hospitalización parcial cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para los servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para suministros médicos y otros dispositivos cubiertos por Medicare.</p> <p>20 % del costo de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare.</p>
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Los servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero clínico especialista, enfermero profesional, médico auxiliar u otro profesional de la atención de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes vigentes en el estado.</p> <p><i>Puede requerir autorización previa y remisión.</i></p>	<p>Copago de \$0 para sesiones individuales y grupales cubiertas por Medicare.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Entre los servicios cubiertos, se incluyen los siguientes: fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se prestan en varios entornos ambulatorios, tales como departamentos de atención ambulatoria de hospitales, el consultorio de un terapeuta independiente y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF). <i>Puede requerir autorización previa y remisión.</i></p>	<p>Copago de \$0 por visita para fisioterapia cubierta por Medicare. Copago de \$0 por visita para terapia ocupacional cubierta por Medicare. Copago de \$0 por visita para terapia del habla/lenguaje cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen asesoramiento tradicional e intensivo para el tratamiento de la dependencia de medicamentos o alcohol sin el uso de terapias farmacológicas. <i>Puede requerir autorización previa y remisión.</i></p>	<p>Copago de \$0 para sesiones individuales y grupales cubiertas por Medicare.</p>
<p>Cirugía ambulatoria, incluidos servicios prestados en centros ambulatorios hospitalarios y centros de cirugía ambulatoria Nota: Si le realizarán una cirugía en un hospital, pregúntele a su proveedor si será como paciente ambulatorio o como paciente hospitalizado. A menos que el proveedor emita una orden para admitirlo en el hospital como paciente hospitalizado, usted será un paciente ambulatorio y pagará los montos de la distribución de costos correspondientes a cirugía ambulatoria. Incluso si se queda de un día para otro en el hospital, podría ser considerado un paciente “ambulatorio”. <i>Puede requerir autorización previa y remisión.</i></p>	<p>Copago de \$0 para cirugía ambulatoria en un hospital cubierta por Medicare. Copago de \$0 para cirugía ambulatoria en un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p>
<p>*Artículos de venta libre (OTC) Cubrimos hasta \$100 por mes para sus artículos de venta libre (OTC). El monto del beneficio de OTC no se traslada al mes o al año siguiente. Debe hacer su pedido de los artículos que figuran en el Formulario de OTC aprobado por el plan. El Formulario de OTC se proporciona en su paquete de bienvenida cuando realiza la inscripción y está disponible en nuestro sitio web (www.healthsun.com). Para obtener más información sobre cómo realizar su pedido de OTC con el plan, llámenos al 1-855-963-0400. TTY: 1-877-206-0500.</p>	<p>Copago de \$0 para artículos OTC aprobados por el plan. \$100 es el beneficio máximo mensual del plan para sus artículos OTC.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial “Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización. Nota: Debido a que no hay centros comunitarios de salud mental en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio hospitalario ambulatorio. <i>Puede requerir autorización previa y remisión.</i></p>	<p>Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>*Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS) Cobertura de un sistema de respuesta ante emergencias personales y monitoreo mensual en el hogar del miembro cuando el plan lo disponga con nuestro proveedor contratado. El beneficio del sistema de respuesta ante emergencias personales proporciona un dispositivo en el hogar para notificar al personal pertinente en caso de una emergencia (p. ej., una caída). Llame a Servicio para Afiliados para obtener más información o para solicitar la unidad. <i>Puede requerir autorización previa y remisión.</i></p>	<p>Copago de \$0 para un sistema de respuesta ante emergencias personales y monitoreo mensual por parte de un proveedor contratado.</p>
<p>Servicios de médicos/profesionales, incluidas visitas al consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención médica necesaria por motivos médicos o servicios quirúrgicos prestados en el consultorio de un médico, en centros quirúrgicos ambulatorios certificados, en el departamento de atención ambulatoria de un hospital o en cualquier otra ubicación • Consulta, diagnóstico y tratamiento recibidos de un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP O especialista si su médico los pide para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud, incluidos los siguientes: Servicios de PCP, sesiones individuales para servicios de especialidad de salud mental y servicios psiquiátricos, y otros servicios profesionales de atención de la salud, como enfermeros practicantes, enfermeros especialistas clínicos y asistentes médicos. <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene la opción de obtener estos servicios mediante una visita en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe recurrir a un proveedor dentro de la red que ofrezca el servicio por telesalud. • Algunos servicios de telesalud que incluyen la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional, para pacientes de determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. 	<p>Copago de \$0 para servicios de PCP cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para servicios de médicos especialistas cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para otros servicios profesionales de atención de la salud cubiertos por Medicare. La información sobre la cobertura y la distribución de costos de servicios dentales, servicios de audición, radiología/pruebas de diagnóstico ambulatorias, servicios de hospital para pacientes ambulatorios, otros servicios ambulatorios, vista y todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare se describen en las secciones correspondientes en este cuadro.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de médicos/profesionales, incluidas visitas al consultorio del médico – Continuación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal en etapa terminal para afiliados que reciben diálisis en un centro de diálisis renal de un hospital o de un hospital de acceso crítico, en una instalación de diálisis renal o en el hogar del afiliado • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para los afiliados con trastorno por uso de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. • Cheques virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico durante 5-10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ no es un paciente nuevo, y ○ la consulta no se relaciona con una visita al consultorio en los últimos 7 días, y ○ la consulta no conduce a una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o la cita más cercana disponible. • Evaluación del video y/o las imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de este en un plazo de 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ○ no es un paciente nuevo, y ○ la evaluación no se relaciona con una visita al consultorio en los últimos 7 días, y ○ la evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o la cita más cercana disponible. <p>Puede requerir autorización previa y remisión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o expediente médico electrónico. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía • Atención dental fuera de la rutina (los servicios cubiertos están limitados a cirugía de maxilar o estructuras relacionadas, arreglo de fracturas de la mandíbula o de huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación para el cáncer neoplásico o servicios que estarían cubiertos si los proporcionara un médico) <p>Es posible que se requiera autorización previa y remisión para los servicios de especialistas médicos y otros servicios profesionales de atención de la salud.</p>	

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (tales como dedo en martillo o espolón calcáneo) • Atención de rutina de los pies para afiliados con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores <p>*También cubrimos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una visita cada tres meses para la atención de rutina de los pies. <p><i>Puede requerir autorización previa.</i></p>	<p>Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para cada visita de rutina cada tres meses.</p>
<p> Pruebas de detección del cáncer de próstata Para hombres mayores de 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de tacto rectal • Prueba del antígeno prostático específico (PSA) <p><i>Puede requerir autorización previa y remisión.</i></p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por una prueba anual del PSA.</p>
<p>Dispositivos prostéticos y suministros relacionados Dispositivos (que no sean dentales) que reemplacen una parte o función del cuerpo, ya sea total o parcialmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas para colostomía y suministros directamente relacionados con la atención para colostomía, marcapasos, férulas, zapatos prostéticos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sujetador posquirúrgico para después de una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con los dispositivos prostéticos y la reparación y/o sustitución de los dispositivos prostéticos. Además, incluye parte de la cobertura posterior a una extracción o cirugía de cataratas; consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección para conocer más detalles.</p> <p><i>Puede requerir autorización previa.</i></p>	<p>Copago de \$0 para dispositivos prostéticos y suministros médicos relacionados cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los afiliados que tienen enfermedad pulmonar crónica obstructiva (EPOC) de moderada a grave y requieren una referencia para recibir servicios de rehabilitación pulmonar del médico que trata dicha enfermedad respiratoria crónica.</p> <p><i>Puede requerir autorización previa.</i></p>	<p>Copago de \$0 para rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>*Prevención de readmisiones (recuperación de cuidados personales en el hogar) Dentro de los 10 días posteriores al alta hospitalaria a un entorno domiciliario, los miembros son elegibles para una evaluación en el hogar realizada por un profesional de la salud calificado para evaluar el hogar en busca de riesgo de lesiones, conciliar los medicamentos e identificar los requisitos de apoyo adicionales, incluida la asistencia de relevo para el cuidador. Tras la aprobación, cubrimos hasta 16 horas de asistencia domiciliaria.</p> <p>Prueba de actividades de la vida diaria (ADL) • Alimentarse • Bañarse, vestirse, arreglarse • Ir al baño • Ambulación / movilidad</p> <p>Actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) • Tareas domésticas sencillas • Preparación de comidas • Manejo de medicamentos</p> <p>Las horas de soporte en el hogar deben usarse en incrementos de 2 horas para los servicios cubiertos (hasta cuatro horas por día). Máximo de dos ingresos hospitalarios por año.</p> <p>Puede requerir autorización previa y remisión.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios aprobados por el plan.</p>
<p> Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol Cubrimos un chequeo de abuso del alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas), que tengan un consumo indebido del alcohol, pero no dependencia del alcohol.</p> <p>Si el resultado es positivo respecto del abuso del alcohol, puede obtener hasta 4 sesiones de asesoramiento breves personales por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) a cargo de un médico de atención primaria u otro profesional calificado en un entorno de atención primaria.</p> <p>Puede requerir autorización previa y remisión.</p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de chequeo y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol cubierto por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que califiquen, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los afiliados elegibles son: personas de entre 55 y 77 años que no presenten signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tengan un historial de tabaquismo de al menos 30 paquetes-años y que, actualmente, fumen o hayan dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciban una orden por escrito para la LDCT durante una visita de asesoramiento de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas que cumpla con los criterios de Medicare para tales visitas y que sea proporcionada por un médico o un profesional no médico calificado.</p> <p><i>Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección inicial con LDCT:</i> los afiliados deben recibir una orden escrita para la prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede ser proporcionada durante cualquier visita apropiada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado elige proporcionar asesoramiento sobre el chequeo de cáncer de pulmón y una consulta de toma de decisiones compartida para chequeos posteriores de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para tales consultas.</p> <p>Puede requerir autorización previa y remisión.</p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por el asesoramiento y la consulta de toma de decisiones compartidas que cubre Medicare ni por la LDCT.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para la prevención de ITS</p> <p>Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para detectar clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas que presenten mayor riesgo de contagiarse ITS cuando las pruebas son pedidas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados periodos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones individuales y en persona de terapia del comportamiento de alta intensidad de entre 20 y 30 minutos por año para los adultos sexualmente activos que tengan un alto riesgo de contraer ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si las brinda un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención primaria, como el consultorio del médico.</p> <p><i>Puede requerir autorización previa y remisión.</i></p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de prueba de detección de STI y asesoramiento sobre estas infecciones cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar a los afiliados a mantener una buena salud renal y ayudarlos a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los afiliados con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando sean remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3). • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si es admitido como paciente hospitalizado en un hospital para atención especial). • Capacitación para la autodiálisis (incluye capacitación para usted y otra persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar). • Equipo y suministros para diálisis en el hogar. • Ciertos servicios de apoyo domiciliario (tales como, cuando sea necesario, consultas con trabajadores de diálisis capacitados para verificar su diálisis en el hogar, para ayudarlo en emergencias y controlar su equipo de diálisis y suministro de agua). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos conforme al beneficio de medicamentos de Medicare Parte B. Para obtener más información acerca de la cobertura para medicamentos de la Parte B, consulte la Sección “Medicamentos recetados de Medicare Parte B”.</p> <p><i>Puede requerir autorización previa y remisión.</i></p>	<p>Copago de \$0 para educación sobre enfermedad renal cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para tratamiento de diálisis cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para otros servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p>*SilverSneakers (acondicionamiento físico)</p> <p>La afiliación a SilverSneakers incluye el acceso a todas las instalaciones básicas de los centros participantes. Los afiliados reciben apoyo de instructores certificados y tiene acceso a clases grupales para el nivel de ejercitación deseado. El programa también incluye consejos sobre salud y nutrición junto con videos de ejercicios en el sitio web.</p>	<p>Copago de \$0 para programa de acondicionamiento físico aprobado por el plan.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para conocer la definición de “atención en un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de este folleto. Algunas veces, los centros de enfermería especializada se denominan “SNF”).</p> <p>Este plan no requiere una hospitalización antes de una admisión en un SNF. Se cubre la estadía en un SNF hasta 100 días por cada periodo de beneficios. Los servicios cubiertos comprenden los siguientes (entre otros):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si fuera necesaria por motivos médicos) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, tales como factores de coagulación de la sangre) • Sangre; incluidos el almacenamiento y la administración La cobertura de la sangre completa y eritrocitos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite: usted debe pagar los costos de las 3 primeras pintas de sangre que obtenga en un año calendario, o bien, puede donar la sangre usted u otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados normalmente por los SNF • Análisis de laboratorio proporcionados normalmente por los SNF • Radiografías y otros servicios radiológicos prestados normalmente por los SNF 	<p>Copago de \$0 para cada estadía cubierta por Medicare desde día 1 a 100.</p> <p>El periodo de beneficios comienza el día en el que usted ingresa a un centro de enfermería especializada (SNF) y finaliza cuando no haya recibido atención especializada en un SNF durante 60 días corridos. Si ingresa en un centro de enfermería especializada después de que haya finalizado un periodo de beneficios, se inicia un nuevo periodo de beneficios.</p>
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) — Continuación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de equipos, como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF • Servicios prestados por un médico/profesional • En general, usted recibirá su atención en un SNF dentro de la red. Sin embargo, en determinadas condiciones que se indican a continuación, es posible que pague la distribución de costos dentro de la red por un centro que no sea un proveedor dentro de la red, si el centro acepta los montos de nuestro plan para el pago. • Un hogar de ancianos o una comunidad para jubilados de atención continua donde usted estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que proporcione la misma atención que un centro de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted sale del hospital <p>Puede requerir autorización previa y remisión.</p>	

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o utilizar productos de tabaco) <u>Si usted consume tabaco, pero no presenta síntomas ni signos de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> Cubrimos dos sesiones de asesoramiento para dejar de consumir tabaco en un periodo de 12 meses como servicio preventivo sin costo. Cada sesión de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona. <u>Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco, o si está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</u> Cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de consumir tabaco. Cubrimos dos sesiones de asesoramiento para dejar de fumar en un periodo de 12 meses; sin embargo, usted pagará la distribución de costos correspondiente. Cada sesión de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona. <i>Puede requerir autorización previa y remisión.</i></p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p>Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos Beneficio de comidas saludables Cubrimos una comida por día hasta 20 comidas al mes. Los afiliados de nuestro plan que cumplan con los criterios clínicos de una afección crónica, según lo determine su médico, pueden recibir comidas saludables entregadas o proporcionadas en los sitios participantes aprobados por el plan, para contribuir a mantener una dieta saludable a fin de mejorar una condición médica o satisfacer una necesidad nutricional. Las afecciones crónicas son aquellas que se espera que estén presentes durante la mayor parte del año del plan, impactan las actividades de la vida diaria y requieren tratamiento médico continuo. Estas son afecciones crónicas: diabetes, insuficiencia cardíaca crónica, enfermedad hepática en etapa terminal, enfermedad renal en etapa terminal (ESRD), VIH/SIDA, cáncer, accidente cerebrovascular, trastornos mentales crónicos e incapacitantes; demencia; dependencia crónica del alcohol y otras drogas; trastornos autoinmunes, trastornos cardiovasculares, trastornos pulmonares crónicos, trastornos neurológicos, trastornos hematológicos graves; y todas las demás afecciones crónicas aprobadas por el plan. <i>Se puede requerir autorización previa y remisión para las comidas saludables.</i></p> <p>Beneficio de higiene personal Cubrimos hasta \$25 por mes para el mantenimiento de rutina del cabello y de las uñas. Los servicios cubiertos incluyen el lavado/corte de pelo básico y el tratamiento de las uñas. Los afiliados son responsables del pago de los servicios prestados fuera de los centros clínicos locales del plan y de todos los gastos que superen el límite mensual, y se les reembolsará hasta el límite mensual presentando una prueba de los cosmetólogos licenciados junto con un formulario de reembolso al plan.</p>	<p>Copago de \$0 para comidas saludables suplementarias especiales aprobadas por el plan.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Terapia de ejercicios supervisada (SET) La SET está cubierta para los afiliados que padecen arteriopatía periférica sintomática (PAD) y tienen una referencia por PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones durante un periodo de 12 semanas si se cumplen los requisitos de la SET. El programa de la SET tiene los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración que comprendan un programa terapéutico de entrenamiento y ejercicio para la PAD en pacientes con claudicación. • Debe llevarse a cabo en un entorno hospitalario ambulatorio o en el consultorio de un médico. • Debe ser proporcionado por personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios excedan los daños y que esté capacitado en la terapia con ejercicios para la PAD. • Debe estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante/enfermero especialista clínico que debe estar capacitado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. <p>Podrían cubrirse más de 36 sesiones de SET durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un periodo de tiempo prolongado si un proveedor de atención médica lo considera necesario por motivos médicos. Puede requerir autorización previa y remisión.</p>	<p>Copago de \$0 por visita para terapia SET cubierta por Medicare.</p>
<p>*Transporte Cubrimos viajes ilimitados a un centro aprobado por el plan. Se incluyen los siguientes medios de transporte: camioneta, autobús, taxi o servicios de viajes compartidos. Consulte el título <i>Ambulancia</i> para obtener información sobre el transporte en ambulancia que no sea de emergencia y de emergencia. Puede requerir autorización previa y remisión.</p>	<p>Copago de \$0 para servicios de transporte aprobados por el plan.</p>
<p>Servicios de urgencia Los servicios de urgencia se brindan para tratar una afección, lesión o enfermedad imprevista que no es de emergencia y para la que se requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden obtenerse a través de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no se pueda acceder a ellos temporalmente. Los costos compartidos para los servicios de urgencia necesarios fuera de la red son los mismos que los de los servicios que se prestan dentro de la red. *También cubrimos servicios fuera de EE. UU. y sus territorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de emergencia en todo el mundo • Atención de urgencia en todo el mundo • Transporte de emergencia en todo el mundo <p>\$100,000 es el beneficio máximo del plan cubierto para los servicios de atención de urgencia y emergencia en todo el mundo.</p>	<p>Copago de \$0 para la cobertura de atención de urgencia cubierta por Medicare. Copago de \$0 para los servicios de atención de urgencia en el exterior.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios del médico prestados a un paciente ambulatorio para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento para la degeneración macular asociada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas que tengan riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección del glaucoma por año. Entre las personas que presentan riesgo de glaucoma se encuentran las siguientes: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años de edad a más e hispanoamericanos de 65 años de edad a más. • Para las personas con diabetes, cubrimos una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. (Si se somete a dos operaciones de cataratas distintas, no puede reservar el beneficio después de la primera operación y adquirir dos anteojos después de la segunda). <p>*También cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de la vista de rutina por año. <p>Hasta \$400 por año para anteojos y lentes de contacto adicionales (los productos para la visión incluyen: lentes, marco de anteojos o anteojos con lentes y marcos).</p>	<p>Copago de \$0 para los servicios de atención de la vista cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para prueba de detección del glaucoma cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$0 para examen de la vista de rutina.</p> <p>Copago de \$0 para todos los productos de la visión.</p> <p>\$400 es el beneficio máximo anual del plan para anteojos y lentes de contacto adicionales.</p>
<p> Visita preventivas “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” por única vez. Esta visita incluye una revisión de salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y referencias a otros tipos de atención en caso de que fuera necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses que tenga Medicare Parte B. Cuando programe su cita, infórmele al personal del consultorio del médico que desea programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de Bienvenida a Medicare y usted no paga nada por el electrocardiograma cubierto por Medicare que sigue a la visita de bienvenida.</p>

SECCIÓN 3. ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?**Sección 3.1 Servicios que no cubrimos (exclusiones)**

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

En el cuadro a continuación, se enumeran los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna condición o que solo están cubiertos en condiciones específicas.

Si recibe servicios excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo. No pagaremos los servicios médicos excluidos que se detallan en el cuadro siguiente, salvo en los casos específicos indicados. La única excepción: pagaremos si se determina, como resultado de una apelación, que un servicio del siguiente cuadro es un servicio médico que debe ser pagado o cubierto debido a su situación particular.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

(Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, vaya al Capítulo 9, Sección 5.3, de este folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones de los servicios se describen en el cuadro de beneficios o en el siguiente cuadro:

Aun si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos no estarán cubiertos y nuestro plan no los pagará.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en casos específicos
Acupuntura		<p>✓ Cubierto para la lumbalgia crónica. El plan cubre la acupuntura adicional. (Consulte el Capítulo 4, Cuadro de beneficios médicos, para obtener más información sobre las normas de cobertura).</p>
Cirugía o procedimientos cosméticos		<p>✓ Cubierto en el caso de sufrir una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una malformación en el cuerpo.</p> <p>Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de una mama después de una mastectomía, al igual que para mamas no afectadas para lograr una apariencia simétrica.</p>
<p>El cuidado custodial o supervisado es el que se proporciona en un hogar de ancianos, en un hospicio o en otro tipo de centro cuando no se necesita atención médica especializada ni cuidado especializado de enfermería.</p> <p>El cuidado custodial o supervisado es cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como el cuidado para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.</p>	✓	
<p>Medicamentos, equipos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales.</p> <p>Los artículos y procedimientos experimentales son aquellos que nuestro plan y Original Medicare determinen que no son aceptados generalmente por la comunidad médica.</p>		<p>✓ Pueden estar cubiertos por Original Medicare si forman parte de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.</p> <p>(Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en casos específicos
Tarifas que cobran sus familiares directos o personas que viven con usted por brindar atención.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	✓	
Los servicios de tareas domésticas incluyen asistencia básica en el hogar, como actividades ligeras de limpieza o preparación de comidas.		✓ Se cubre en el hogar solo si usted es elegible y el plan la aprueba. Se aplican limitaciones. (Consulte el Capítulo 4, Cuadro de beneficios médicos, y busque “Servicios de apoyo en el hogar” para obtener más información sobre las normas de cobertura).
Servicios de naturopatía (tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Cuidado dental no de rutina		✓ El cuidado dental requerido para tratar una enfermedad o una lesión puede estar cubierto como atención hospitalaria o ambulatoria.
Calzado ortopédico		✓ Si el calzado forma parte de un dispositivo ortopédico para las piernas y está incluido en el costo del dispositivo, o si el calzado es para una persona con enfermedad del pie diabético.
Artículos personales en la habitación de un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	✓	
Habitación privada en un hospital.		✓ Cubierto solo cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta.	✓	
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos para la vista deficiente.		✓ Se cubren un examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) después de una cirugía de cataratas.
Servicios que no se consideren razonables ni necesarios, conforme a los estándares de Original Medicare.	✓	
Aparatos de soporte para los pies		✓ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.

CAPÍTULO 5

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

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

SECCIÓN 1	Introducción.....	88
Sección 1.1	En este capítulo, se describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D	88
Sección 1.2	Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan	88
SECCIÓN 2	Abastecer sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan.....	89
Sección 2.1	Para que su receta tenga cobertura, use una farmacia de la red.....	89
Sección 2.2	Búsqueda de farmacias de la red.....	89
Sección 2.3	Uso de los servicios de pedido por correo del plan	90
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?	91
Sección 2.5	¿Cuándo puede usar una farmacia que no esté en la red del plan?	92
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “lista de medicamentos” del plan	92
Sección 3.1	La “lista de medicamentos” incluye los medicamentos de la Parte D que están cubiertos ..	92
Sección 3.2	Hay seis niveles de distribución de costos para los medicamentos de la Lista de medicamentos	93
Sección 3.3	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la lista de medicamentos?..	94
SECCIÓN 4.	Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	94
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?	94
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricción?.....	94
Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?	95
SECCIÓN 5	¿Qué ocurre si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que usted quisiera?	95
Sección 5.1	Existen alternativas que usted puede considerar si su medicamento no está cubierto de la manera que usted desea.....	95
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la lista de medicamentos o tiene alguna restricción?.....	96
Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de distribución de costos que usted cree que es demasiado alto?.....	97
SECCIÓN 6.	¿Qué ocurre si se modifica la cobertura de uno de sus medicamentos?.....	98
Sección 6.1	La lista de medicamentos puede modificarse durante el año.....	98
Sección 6.2	¿Qué ocurre si se modifica la cobertura de un medicamento que usted está tomando?	98
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos en el plan?	100
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	100
SECCIÓN 8	Muestre su tarjeta de afiliación del plan cuando abastezca una receta	101
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de afiliación.....	101
Sección 8.2	¿Qué ocurre si no tiene la tarjeta de afiliación con usted?.....	101

SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	102
Sección 9.1	¿Qué ocurre si usted está en un hospital o centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan?.....	102
Sección 9.2	¿Qué ocurre si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)?.....	102
Sección 9.3	¿Qué sucede si también obtiene cobertura de medicamentos a través de un plan grupal del empleador o para jubilados?	102
Sección 9.4	¿Qué ocurre si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?.....	103
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos	103
Sección 10.1	Programas para ayudar a los afiliados a usar los medicamentos de manera segura	103
Sección 10.2	Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los afiliados a utilizar sus medicamentos opioides con seguridad	104
Sección 10.3	Programa de administración de la terapia con medicamentos (MTM) para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos	105

 **¿Sabía que hay programas para ayudar a la gente a pagar sus medicamentos?**

El programa Ayuda Extra ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta *Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D* puede no aplicarse en su caso.** Le enviamos un encarte por separado, llamado “Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que obtienen ayuda extra para pagar los medicamentos recetados” (también conocida como “Cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula LIS”), donde se explica la cobertura de medicamentos. Si no tiene este encarte, llame al Servicio para Afiliados y solicite la “cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos (LIS)” (los números de teléfono del Servicio para Afiliados están impresos en el dorso de este folleto).

SECCIÓN 1 **Introducción**

Sección 1.1 **En este capítulo, se describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D**

En este capítulo, **se explican las normas para usar su cobertura de medicamentos de la Parte D**. En el siguiente capítulo se le explica lo que usted debe pagar por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Cuánto paga por los medicamentos recetados de la Parte D*).

Además de la cobertura de los medicamentos de la Parte D, HealthSun MediMax (HMO) también cubre algunos medicamentos en virtud de los beneficios médicos del plan. A través de su cobertura de beneficios de Medicare Parte A, por lo general, nuestro plan cubre los medicamentos que recibe durante estadías cubiertas en un hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de su cobertura de beneficios de Medicare Parte B, nuestro plan cubre los medicamentos que incluyen ciertos medicamentos para quimioterapia, determinadas inyecciones de medicamentos que recibe durante una visita al consultorio y medicamentos que recibe en un centro de diálisis. En el Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos: lo que está cubierto y qué debe pagar*), se explican los beneficios y los costos de los medicamentos durante una estadía cubierta en el hospital o un centro de enfermería especializada, y los beneficios y los costos de los medicamentos de la Parte B.

Original Medicare puede cubrir sus medicamentos si usted está en un centro de atención para enfermos terminales de Medicare. El plan solo cubre los servicios y medicamentos de las Partes A, B y D de Medicare, que no estén asociados con su diagnóstico terminal ni con afecciones relacionadas y, por lo tanto, no están cubiertos por el beneficio de hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 (*¿Qué ocurre si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?*). Para obtener información sobre la cobertura de servicios para enfermos terminales, consulte la sección que corresponde a este tema del Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos: lo que está cubierto y qué debe pagar*).

En las secciones siguientes, se trata la cobertura de los medicamentos conforme a las normas de los beneficios de la Parte D del plan. En la Sección 9, *Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales*, se incluye más información sobre la cobertura de la Parte D y Original Medicare.

Sección 1.2 **Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan**

En general, el plan cubre sus medicamentos, siempre y cuando usted siga estas normas básicas:

- Un proveedor (médico, dentista u otro profesional que receta) debe emitir la receta correspondiente.
- La persona autorizada a emitir recetas debe aceptar Medicare o presentar documentación que avale que dicha persona puede emitir recetas ante los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). De lo contrario, se rechazará su reclamación de la Parte D. Debe preguntar a los médicos que recetan si cumplen con esta condición la próxima vez que llame o visite el consultorio. De lo contrario, tenga en cuenta que lleva tiempo que el médico que receta presente la documentación necesaria que debe procesarse.
- En general, usted debe utilizar una farmacia de la red para abastecer su receta. (Consulte la Sección 2, *Abastecer sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- El medicamento debe figurar en la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan. Para abreviar, la llamamos “*lista de medicamentos*”. (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).

- El medicamento debe usarse para una indicación aceptada desde el punto de vista médico. “Indicación aceptada desde el punto de vista médico” se refiere a que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por cierto material de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación aceptada desde el punto de vista médico).

SECCIÓN 2 Abastecer sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Para que su receta tenga cobertura, use una farmacia de la red

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

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

Sección 2.2 Búsqueda de farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.healthsun.com) o llamar al Servicio para Afiliados (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita reponer un medicamento que ya estaba tomando, puede solicitar que un proveedor le emita una nueva receta o que le transfieran la receta a la nueva farmacia de la red.

¿Qué ocurre si la farmacia que estaba usando abandona la red?

Si la farmacia que ha estado utilizando deja la red del plan, deberá encontrar otra que esté en la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de Servicio para Afiliados (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto) o consultar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web www.healthsun.com.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

En ocasiones, los medicamentos recetados deben adquirirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir habitualmente sus beneficios de la Parte D a través de la red de farmacias de LTC, que suele ser la farmacia que usa el centro de LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con el Servicio para Afiliados.
- Farmacias que atienden al Programa de Salud para Indígenas Estadounidenses Urbanos/Tribales/Servicio de Salud para Indígenas Estadounidenses (no disponible en

Puerto Rico). Salvo en emergencias, solo los indígenas estadounidenses o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de la red.

- Farmacias que dispensan medicamentos que la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) restringe a ciertas localidades o que requieren un manejo especial, la coordinación con el proveedor o instrucciones para su uso. (Nota: Estos casos no son comunes).

Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de farmacias* o llame al Servicio para Afiliados (los números telefónicos figuran en el dorso de este folleto).

Sección 2.3 Uso de los servicios de pedido por correo del plan

Algunos medicamentos pueden obtenerse a través del servicio de pedido por correo de la red del plan. En general, los medicamentos entregados por pedido por correo son aquellos que usted toma de manera regular, debido a una afección médica crónica o de largo plazo. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados como “NM” en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite pedir **un suministro del medicamento para hasta 30 días y para no más de 90 días**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo abastecer sus recetas por correo, llame al servicio de farmacia con pedidos por correo al 1-833-272-9776 (TTY 1-833-203-1735), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

En general, recibirá los pedidos de las farmacias de pedido por correo en menos de 14 días. Si por alguna razón su receta se retrasa, llame al servicio de farmacia con pedidos por correo al 1-833-272-9776 (TTY 1-833-203-1735), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Puede también llamar al Servicio para Afiliados de HealthSun (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

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

La farmacia abastecerá automáticamente las nuevas recetas que reciba de los proveedores de atención médica y entregará los medicamentos sin consultarle primero a usted si:

- ya usó los servicios de pedido por correo con este plan anteriormente, o
- se inscribe para la entrega automática de todas las nuevas recetas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento; para ello, llame al servicio de farmacia con pedidos por correo al 1-833-272-9776 (TTY 1-833-203-1735), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si recibe automáticamente por correo un medicamento recetado que no desea, y no se comunicaron con usted para saber si lo deseaba antes de enviarlo, puede ser elegible para recibir un reembolso.

Si usted utilizó el servicio de pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia abastezca y envíe cada receta nueva automáticamente, contáctenos llamando al 1-833-272-9776 (TTY 1-833-203-1735), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si nunca usó el servicio de pedido por correo y/o decide cancelar la reposición automática de las recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de atención médica para averiguar si usted quiere que le repongan el medicamento y se lo envíen de inmediato. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le envíe el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la forma) y, si fuera necesario, le permitirá cancelar o demorar el pedido antes de que se lo facturen y se lo envíen. Es importante que responda a la farmacia cada vez que se comuniquen con usted para informarles qué deben hacer con la receta nueva y para evitar demoras en el envío.

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

Para no participar en la entrega automática de recetas nuevas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención de la salud, contáctenos llamando al 1-833-272-9776 (TTY 1-833-203-1735), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Reposiciones de recetas mediante el servicio de pedido por correo. Para reponer sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de reposición automática. De acuerdo con este programa, comenzaremos a procesar su próxima reposición automáticamente cuando nuestros registros indiquen que pronto se le acabará el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada reposición para asegurarse de que necesita más medicamentos. Usted puede cancelar las reposiciones si ya cuenta con el medicamento necesario o si su medicamento ha cambiado. Si elige no usar nuestro programa de reposición automática, comuníquese con la farmacia 14 días antes del momento en que considera que se le agotarán los medicamentos para asegurarse de recibir a tiempo el siguiente pedido.

Para no participar en nuestro programa que prepara automáticamente las reposiciones de pedidos por correo, contáctenos llamando al 1-833-272-9776 (TTY 1-833-203-1735), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted a fin de confirmar su pedido antes del envío, informe a la farmacia cuáles son los medios más adecuados para comunicarse con usted. Los afiliados deben indicar su número de teléfono principal y dirección postal en la solicitud de inscripción. Para confirmar sus preferencias de comunicación, llame al servicio de farmacia con pedidos por correo al 1-833-272-9776 (TTY 1-833-203-1735), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame a Servicio para Afiliados de HealthSun (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto) si desea actualizar su información de contacto.

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

Si obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, puede que su parte de los costos compartidos sea menor. El plan ofrece dos modos de obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) de medicamentos para tratamiento a largo plazo que figuran en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma regularmente debido a una afección médica crónica o a largo plazo). Puede pedir este suministro a través del servicio de pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Algunas de estas farmacias minoristas pueden aceptar un monto de costos compartidos inferior para un suministro a largo plazo de medicamentos para tratamiento a largo plazo. En cambio, otras farmacias minoristas pueden no aceptar un monto de costos compartidos más bajo para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En ese caso, usted deberá pagar la diferencia de precio. En el *directorio de farmacias*, se indican las farmacias de la red que pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Servicio para Afiliados para obtener más información (en el dorso de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).
2. Algunos medicamentos pueden obtenerse a través del **servicio de pedido por correo** de la red del plan. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados con un asterisco en nuestra Lista de medicamentos. El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite pedir un suministro de medicamentos para un *mínimo* de 30 días y para un *máximo* de 90 días. Para obtener más información sobre cómo usar los servicios de pedido por correo, consulte la Sección 2.3.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no esté en la red del plan?**Sus medicamentos recetados pueden tener cobertura en algunas circunstancias**

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se adquieren en una farmacia fuera de la red *únicamente* cuando usted no pueda utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, en las que puede adquirir sus medicamentos recetados como afiliado de nuestro plan. Si no puede utilizar una farmacia de la red, estas son las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos recetados abastecidos en una farmacia fuera de la red:

- Usted está de viaje dentro de los Estados Unidos y sus territorios, y se enferma o pierde sus medicamentos recetados o se le acaban.
- La receta es por una emergencia médica o por atención de urgencia.
- No puede obtener un medicamento cubierto en forma oportuna dentro de nuestra área de servicio debido a que no hay una farmacia de la red que atienda las 24 horas disponible a menos de 25 millas de distancia.
- Usted está abasteciendo una receta para un medicamento cubierto que no se vende regularmente en una farmacia minorista de la red (por ejemplo, un medicamento huérfano u otra especialidad farmacéutica).

En tales situaciones, **consulte primero con el Servicio para Afiliados** para comprobar si hay una farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono del Servicio para Afiliados están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si usted tiene que utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general, tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar la parte del costo que habitualmente le corresponde) cuando abastezca su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (En el Capítulo 7, Sección 2.1, se explica cómo solicitar que se le devuelva el dinero a través del plan).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “lista de medicamentos” del plan**Sección 3.1 La “lista de medicamentos” incluye los medicamentos de la Parte D que están cubiertos**

El plan tiene una *“lista de medicamentos cubiertos (formulario)”*. En esta *Evidencia de Cobertura*, la denominamos **“lista de medicamentos”** para abreviar.

El plan, con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos que figuran en esta lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. La Lista de medicamentos del plan está aprobada por Medicare.

Los medicamentos de la Lista de medicamentos son solo los cubiertos por Medicare Parte D (anteriormente en este capítulo, en la Sección 1.1, se explica sobre los medicamentos de la Parte D).

En general, cubriremos un medicamento que esté en la lista de medicamentos del plan, siempre y cuando usted siga las otras normas de cobertura que se explican en este capítulo y el medicamento se use para una indicación aceptada desde el punto de vista médico. “Indicación aceptada desde el punto de vista médico” se refiere a que el uso del medicamento cumple con *alguno* de estos requisitos:

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

- Está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). (Es decir, la FDA aprobó el medicamento para el diagnóstico o la afección para los que se receta el medicamento).
- -- o -- con el apoyo de ciertas referencias, como Información sobre medicamentos del Servicio Estadounidense de Formularios para Hospitales y el Sistema de información DRUGDEX.

La lista de medicamentos incluye tanto los medicamentos de marca como los medicamentos genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. En general, tiene la misma eficacia que el medicamento de marca y suele costar menos. Hay medicamentos genéricos disponibles como sustitutos para muchos medicamentos de marca.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre determinados medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos recetados y funcionan de la misma manera. Para obtener más información, llame al Servicio para Afiliados (los números de teléfono están impresos en el dorso de este folleto).

¿Qué *no* figura en la *lista de medicamentos*?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que los planes de Medicare cubran ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento concreto en la Lista de medicamentos.

Sección 3.2 Hay seis niveles de distribución de costos para los medicamentos de la Lista de medicamentos

Cada medicamento que figura en la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de los seis niveles de distribución de costos. En general, cuanto mayor sea el nivel de distribución de costos, más alto será el costo del medicamento:

- Nivel 1: Genéricos preferidos
- Nivel 2: Genéricos
- Nivel 3: De marca preferida
- Nivel 4: De marca no preferida
- Nivel 5: Medicamentos especializados (solamente medicamentos genéricos y de marca de la Parte D)
- Nivel 6: Medicamentos complementarios (solamente medicamentos genéricos y de marca excluidos)

Cada medicamento se asigna a un “nivel” específico dentro del formulario. Por lo general, los medicamentos más económicos se encuentran en el nivel 1 (genérico preferido) y después en el nivel 2 (genérico). Los medicamentos del Nivel 5 (medicamentos especializados) son los menos económicos y tienen un costo compartido mayor. Los formularios escalonados permiten a los afiliados tomar conciencia sobre los costos al elegir los medicamentos.

Para saber en qué nivel de distribución de costos se encuentra el medicamento que necesita, consulte la lista de medicamentos del plan.

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

El monto que pagará por los medicamentos en cada nivel de distribución de costos se indica en el Capítulo 6 (*Cuánto paga por los medicamentos recetados de la Parte D*).

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la lista de medicamentos?

Usted tiene tres modos de hacerlo:

1. Compruebe la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo o le proporcionamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (www.healthsun.com). La lista de medicamentos que figura en el sitio web es siempre la más actual.
3. Llame al Servicio para Afiliados para averiguar si un medicamento en particular está en la lista de medicamentos o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono del Servicio para Afiliados están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4. Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos**Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?**

Hay normas especiales que restringen cómo y cuándo nuestro plan cubre ciertos medicamentos recetados. Un equipo de médicos y farmacéuticos creó estas normas para ayudar a los afiliados a usar los medicamentos de la manera más eficaz. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, lo que permite que su cobertura de medicamentos sea más asequible.

En general, nuestras normas tienen el objeto de incentivarlo a que adquiera un medicamento que sea adecuado para su afección médica, además de seguro y eficaz. Siempre que un medicamento seguro de menor costo tenga la misma eficacia médica que un medicamento de mayor costo, las normas del plan los incentivarán a usted y a su proveedor a usar la opción de menor costo. También debemos cumplir con las normas y reglamentaciones de Medicare para la cobertura de medicamentos y la distribución de costos.

Si hay una restricción para su medicamento, significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si desea que eliminemos la restricción, deberá recurrir al proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar no aplicar la restricción en su caso o no. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2, para obtener información sobre la solicitud de excepciones).

Tenga en cuenta que, en ocasiones, un medicamento podría aparecer más de una vez en la lista de medicamentos. Esto sucede porque se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos en función de factores tales como la concentración, cantidad o forma del medicamento recetado por el proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg o 100 mg; uno por día o dos por día; tableta o líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricción?

Nuestro plan utiliza diferentes tipos de restricciones para ayudar a los afiliados a usar los medicamentos de la manera más eficaz. En las secciones siguientes, se explican los tipos de restricciones que usamos para determinados medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

En general, un medicamento “genérico” tiene la misma eficacia que un medicamento de marca y suele costar menos. **Cuando se encuentra disponible una versión genérica de un medicamento de marca,**

nuestras farmacias de la red le brindarán la versión genérica. Normalmente, no cubrimos el medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos informa el motivo médico por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección servirán para su tratamiento, cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo por un medicamento de marca puede llegar a ser mayor que la de un medicamento genérico).

Cómo obtener la aprobación del plan por anticipado

Usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir ciertos medicamentos para usted. Esto se denomina **“autorización previa”**. En ocasiones, el requisito de obtener aprobación con anticipación permite orientar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, el plan podría no cubrir su medicamento.

Probar otro medicamento primero

Este requisito insta a probar medicamentos menos costosos, pero normalmente igual de eficaces, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma enfermedad, el plan puede exigirle que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le resulta eficaz, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar otro medicamento primero se denomina **“terapia escalonada”**.

Límites de cantidad

Limitamos la cantidad que usted puede obtener de determinados medicamentos al limitar la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que abastece su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera que es seguro tomar solo una pastilla por día de cierto medicamento, podemos limitar la cobertura de su medicamento recetado a no más de una pastilla por día.

Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?

La lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones que se describen más arriba. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicio para Afiliados (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto) o visite nuestro sitio web (www.healthsun.com).

Si hay una restricción para su medicamento, significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si el medicamento que quiere tomar tiene alguna restricción, debe comunicarse con el Servicio para Afiliados para saber qué debe hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que eliminemos la restricción, deberá recurrir al proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar no aplicar la restricción en su caso o no. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2, para obtener información sobre la solicitud de excepciones).

SECCIÓN 5 ¿Qué ocurre si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que usted quisiera?

Sección 5.1 Existen alternativas que usted puede considerar si su medicamento no está cubierto de la manera que usted desea.

Esperamos que su cobertura de medicamentos le resulte útil. Sin embargo, puede que esté tomando un medicamento recetado, o que usted y su proveedor consideren que debería tomar medicamento recetado que no esté en nuestro formulario o que sí esté en el formulario, pero que tenga restricciones. Por ejemplo:

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

- El medicamento podría no tener ningún tipo de cobertura. O tal vez se cubre una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que usted desea.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales a la cobertura correspondiente. Tal como se explica en la Sección 4, algunos de los medicamentos que cubre el plan tienen normas adicionales que restringen su uso. Por ejemplo, se le podría exigir que pruebe primero un medicamento diferente, para ver si funciona, antes de que el medicamento que usted desea tomar tenga cobertura para usted. O pueden aplicarse límites a la cantidad del medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que se cubre durante un periodo de tiempo en particular. En algunos casos, tal vez desee que eliminemos la restricción.
- El medicamento tiene cobertura, pero se encuentra en un nivel de distribución de costos que hace que sus costos compartidos sean más caros de lo que usted cree que deberían ser. El plan ubica cada medicamento cubierto en alguno de los seis niveles de distribución de costos. Lo que usted paga por un medicamento recetado depende, en parte, del nivel de distribución de costos en el que se encuentra.

Hay algunas cosas que puede hacer en caso de que un medicamento no tenga la cobertura que usted quisiera. Las opciones dependen de qué tipo de problema tenga:

- Si su medicamento no está en la lista de medicamentos o tiene alguna restricción, vaya a la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de distribución de costos que hace que el costo sea más elevado de lo que usted piensa que debería ser, vaya a la Sección 5.3 para saber qué puede hacer.

Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la lista de medicamentos o tiene alguna restricción?
--------------------	---

Si su medicamento no figura en la lista de medicamentos o tiene alguna restricción, puede hacer lo siguiente:

- Obtener un suministro temporal del medicamento (solo en ciertas situaciones los afiliados pueden obtener un suministro temporal). Esto les dará tiempo a usted y a su proveedor para que elijan otro medicamento o para que soliciten la cobertura.
- Cambiar de medicamento.
- Solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que elimine las restricciones que tiene.

Obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando este no esté en la Lista de medicamentos o cuando esté restringido de alguna manera. Al hacer esto, usted gana tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué debe hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, debe reunir los dos requisitos siguientes:

1. El cambio en la cobertura del medicamento debe ser de uno de los siguientes tipos:

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la lista de medicamentos del plan.**
- --o-- el medicamento que ha estado tomando **ahora tiene algún tipo de restricción.** (En la Sección 4 de este capítulo, se explican las restricciones).

2. Su situación debe ser alguna de las descritas a continuación:

- **Para los afiliados nuevos o que estaban inscritos en el plan el año pasado:**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si usted fuera nuevo, y durante los primeros 90 días del año calendario si formara parte del plan desde el año pasado**. Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si la receta es por menos días, permitiremos que abastezca varias veces el medicamento para proporcionarle un máximo de 30 días de medicamento. El medicamento recetado debe adquirirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas por vez para evitar el desperdicio).

- **Para los afiliados que hayan estado en el plan más de 90 días, que residan en un centro de atención a largo plazo (LTC) y que necesiten un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro para 34 días de un medicamento particular, o menos si su receta indica menos días. Esto es aparte del suministro temporal mencionado arriba.

Para solicitar un suministro temporal, llame al Servicio para Afiliados. (Los números telefónicos figuran en el dorso de este folleto).

Mientras reciba el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le acabe el suministro temporal. Puede cambiar a otro medicamento cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción y que cubra su medicamento actual. Las secciones a continuación le brindan más información sobre estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Para comenzar, hable con su proveedor. Podría haber otro medicamento que esté cubierto por el plan y tenga la misma eficacia. Puede llamar a Servicio para Afiliados y solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Su proveedor podrá usar esta lista para buscar un medicamento cubierto que le resulte eficaz. (Los números de teléfono del Servicio para Afiliados están impresos en la contraportada de este folleto).

Solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción y que cubra el medicamento de la forma que usted quisiera. Si su proveedor le dice que hay motivos médicos que justifican la solicitud de una excepción, este podrá ayudarlo a solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, puede pedir al plan que cubra un medicamento aunque no esté en la lista de medicamentos del plan. O bien, puede pedirle al plan que haga una excepción y que cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4, para saber qué deben hacer. Aquí se explican los procedimientos y los plazos que estableció Medicare para asegurarse de que su solicitud se atienda de manera rápida y justa.

Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de distribución de costos que usted cree que es demasiado alto?
--------------------	--

Si considera que el medicamento que necesita está en un nivel de distribución de costos demasiado alto, esto es lo que puede hacer:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de distribución de costos que usted considera demasiado alto, primero hable con su proveedor. Podría haber otro medicamento en un nivel de distribución de costos más bajo con la misma eficacia. Puede llamar a Servicio para Afiliados y solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Su proveedor podrá usar esta lista para

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

buscar un medicamento cubierto que le resulte eficaz. (Los números de teléfono del Servicio para Afiliados están impresos en la contraportada de este folleto).

Solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan que haga una excepción respecto del nivel de distribución de costos del medicamento para que usted pague menos por él. Si su proveedor le dice que hay motivos médicos que justifican la solicitud de una excepción, este podrá ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4, para saber qué deben hacer. Aquí se explican los procedimientos y los plazos que estableció Medicare para asegurarse de que su solicitud se atienda de manera rápida y justa.

Los medicamentos del Nivel 5: Medicamentos especializados no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el monto de distribución de costos para los medicamentos que se encuentran en este nivel.

SECCIÓN 6. ¿Qué ocurre si se modifica la cobertura de uno de sus medicamentos?**Sección 6.1 La lista de medicamentos puede modificarse durante el año**

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan al comienzo de cada año (1.º de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede realizar cambios en la lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

- **Agregar o quitar medicamentos de la lista de medicamentos.** A veces hay medicamentos nuevos disponibles, incluidos medicamentos genéricos nuevos. Es posible que el gobierno haya aprobado un nuevo uso de un medicamento existente. En ocasiones, se retira un medicamento del mercado, y nosotros decidimos no cubrirlo. O bien, podríamos quitar un medicamento de la lista porque se determinó que no era eficaz.
- **Cambiar un medicamento a un nivel de distribución de costos superior o inferior.**
- **Agregar o quitar una restricción de la cobertura de un medicamento.** (Para obtener más información acerca de las restricciones en la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar la lista de medicamentos del plan.

Sección 6.2 ¿Qué ocurre si se modifica la cobertura de un medicamento que usted está tomando?**Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos**

Cuando se realizan cambios en la lista de medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web en relación con dichos cambios. Actualizaremos la lista de medicamentos en línea con regularidad para incluir cualquier cambio que se haya producido luego de la última actualización. A continuación le indicamos cuándo recibirá un aviso directo en caso de que se produzcan cambios en un medicamento que esté tomando. También puede llamar al Servicio para Afiliados para obtener más información (en el dorso de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

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

Cambios que pueden afectarlo este año: en los casos que se mencionan a continuación, usted se verá afectado por los cambios en la cobertura durante el año actual:

- **Un medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca en la lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de distribución de costos o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas opciones)**
 - Es posible que eliminemos de inmediato un medicamento de marca de nuestra lista de medicamentos si lo reemplazaremos por una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de distribución de costos o en uno menor, y que tendrá las mismas restricciones o menos. Además, al añadir el nuevo medicamento genérico, podemos decidir conservar el medicamento de marca en nuestra lista de medicamentos, pero inmediatamente cambiarlo a un nivel de distribución de costos más alto o añadir nuevas restricciones, o ambas opciones.
 - Podemos no informarle con antelación antes de hacer el cambio, incluso si actualmente toma el medicamento de marca en cuestión.
 - Usted y el médico que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).
 - Si está tomando el medicamento de marca en el momento que hacemos el cambio, le suministraremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado. Se le informará lo que puede hacer para solicitar una excepción con el objetivo de cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
- **Medicamentos peligrosos y otros medicamentos en la lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - De vez en cuando, se puede retirar repentinamente un medicamento del mercado, porque se descubre que es inseguro o por otras razones. Si esto sucede, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos el cambio inmediatamente.
 - El médico que receta también sabrá de este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para tratar su afección.
- **Otros cambios en los medicamentos de la lista de medicamentos**
 - Una vez que empiece el año, es posible que realicemos otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o cambiar el nivel de distribución de costos o agregar nuevas restricciones para el medicamento de marca o ambas opciones. También podríamos realizar cambios basados en las advertencias de la FDA que figuran en el prospecto de los medicamentos o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos darle al menos 30 días de aviso anticipado del cambio o brindarle un aviso del cambio y un suministro para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
 - Después de que reciba el aviso del cambio, usted debería evaluar con el médico que receta la posibilidad de cambiar a otro medicamento que cubramos.
 - O bien, usted o el médico que receta pueden solicitarnos hacer una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

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

- Si cambiamos su medicamento a un nivel de distribución de costos más alto.
- Si aplicamos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Si quitamos su medicamento de la lista de medicamentos.

Si alguno de estos cambios se aplica a un medicamento que está tomando (pero no debido a un retiro del mercado, a que un medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca o a otro cambio descrito en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como su parte del costo hasta el 1.º de enero del siguiente año. Es probable que, hasta esa fecha, no vea ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional en su uso del medicamento. Este año, no recibirá ningún aviso directo sobre cambios que no lo afecten. Sin embargo, el 1.º de enero del año próximo, los cambios sí lo afectarán, y es importante que consulte la lista de medicamentos del próximo año de beneficios para ver si se produjeron cambios en los medicamentos.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección, se indican cuáles son los medicamentos recetados que están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si recibe medicamentos excluidos, deberá pagarlos usted mismo. No pagaremos los medicamentos que figuran en esta sección (salvo algunos medicamentos excluidos cubiertos en virtud de nuestra mejor cobertura de medicamentos). Única excepción: si se determina, tras una apelación, que el medicamento solicitado es un medicamento que no está excluido en la Parte D y que lo deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener más información sobre cómo apelar una decisión de no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección 6.5, de este folleto).

Estas son tres reglas generales acerca de los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán en la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D del plan no puede incluir ningún medicamento que estaría cubierto en la Parte A o la Parte B de Medicare.
- El plan no puede cubrir un medicamento que se haya adquirido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- En general, el plan no puede cubrir el uso fuera de indicación. El “uso fuera de indicación” se refiere a cualquier uso del medicamento diferente a lo indicado en la etiqueta de un medicamento conforme a lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
 - Por lo general, la cobertura del “uso fuera de indicación” solo se permite cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como Información sobre medicamentos del Servicio Estadounidense de Formularios para Hospitales y el Sistema de información DRUGDEX. Si el uso no está respaldado por ninguna de estas referencias, nuestro plan no puede cubrir su “uso fuera de indicación”.

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

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)

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

- Medicamentos usados para estimular la fertilidad
- Medicamentos que se utilizan para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado
- Medicamentos usados con fines cosméticos o para estimular el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, a excepción de las vitaminas prenatales y los preparados de fluoruro
- Medicamentos usados para el tratamiento de disfunciones sexuales o eréctiles
- Medicamentos usados para el tratamiento de la anorexia y la pérdida o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios, para los cuales el fabricante desee exigir la adquisición de pruebas o servicios de monitoreo asociados exclusivamente al fabricante como condición de venta

Ofrecemos una cobertura adicional de algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare (mejor cobertura de medicamentos). El monto que paga cuando abastece una receta de estos medicamentos no cuenta para que califique para la etapa de cobertura catastrófica. (La etapa de cobertura catastrófica se describe en el Capítulo 6, Sección 7, de este folleto).

Además, si está **recibiendo Ayuda Extra de Medicare** para pagar sus recetas, el programa de Ayuda Extra no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. (Consulte la Lista de medicamentos del plan o llame a Servicio para Afiliados para obtener más información. Los números de teléfono del Servicio para Afiliados aparecen en el dorso de este folleto). Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Póngase en contacto con el programa de Medicaid de su estado para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de afiliación del plan cuando abastezca una receta

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de afiliación

Para abastecer su receta, muestre su tarjeta de afiliación del plan en la farmacia de la red de su elección. Cuando muestre su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red facturará automáticamente al plan *nuestra* parte del costo de los medicamentos recetados cubiertos. Tendrá que pagarle a la farmacia *su* parte del costo cuando retire el medicamento.

Sección 8.2 ¿Qué ocurre si no tiene la tarjeta de afiliación con usted?

Si no tiene la tarjeta de afiliación del plan con usted en el momento de abastecer su receta, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total de los medicamentos recetados cuando los recoja**. (Después puede **solicitarnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1, para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué ocurre si usted está en un hospital o centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan?

Si lo admiten en un centro de enfermería especializada o en un hospital y dicha hospitalización está cubierta por el plan, en general, cubriremos el costo de los medicamentos recetados que le administren durante la hospitalización. Una vez que salga del centro de enfermería especializada o del hospital, el plan cubrirá los medicamentos, siempre y cuando estos cumplan con todas nuestras normas de cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección en las que se detallan las normas para obtener la cobertura de medicamentos. En el Capítulo 6 (*Cuánto paga por los medicamentos recetados de la Parte D*), encontrará más información sobre la cobertura de medicamentos y sobre lo que usted paga.

Tenga en cuenta lo siguiente: Cuando ingresa, reside o deja un centro de enfermería especializada, tiene derecho a un periodo de inscripción especial. Durante este periodo, puede cambiar de plan o de cobertura. (En el Capítulo 10, *Finalizar su membresía en el plan*, se indica cuándo puede dejar nuestro plan e inscribirse en un plan de Medicare distinto).

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

Por lo general, los centros de atención a largo plazo (LTC), como un hogar de ancianos, tienen su propia farmacia o cuentan con alguna que les suministre los medicamentos a todos los residentes. Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, podría obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, siempre y cuando esta forme parte de la red.

Consulte el *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo está en nuestra red. Si no fuera así, o si necesita más información, comuníquese con el Servicio para Afiliados (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

¿Qué ocurre si es residente de un centro de atención a largo plazo (LTC) y se convierte en un nuevo afiliado al plan?

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, el plan le cubrirá un **suministro temporal** del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será para un máximo de 34 días, o menos si su receta indica menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo [LTC] puede brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas por vez para evitar el desperdicio). Si usted ha sido miembro de nuestro plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos, o si nuestro plan tiene alguna restricción con respecto a la cobertura de ese medicamento, cubriremos un suministro para 34 días, o menos si su receta es por menos días.

Mientras reciba el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le acabe el suministro temporal. Podría haber otro medicamento que esté cubierto por el plan y tenga la misma eficacia. O bien, usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción y que cubra el medicamento de la forma que usted quisiera. Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4, para saber qué deben hacer.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también obtiene cobertura de medicamentos a través de un plan grupal del empleador o para jubilados?

¿Cuenta actualmente con otra cobertura de medicamentos recetados a través de un plan grupal del empleador o para jubilados (suyo o de su cónyuge)? Si es así, comuníquese con **el administrador de**

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

los beneficios de ese grupo. El administrador puede ayudarlo a determinar si su cobertura de medicamentos recetados actual funcionará con nuestro plan.

En general, si actualmente está empleado, la cobertura de medicamentos recetados que obtendrá de nosotros será *secundaria* a la cobertura grupal del empleador o para jubilados. Eso significa que la cobertura grupal pagará primero.

Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:

Todos los años, su grupo del empleador o para jubilados debe enviarle un aviso que le informe si su cobertura de medicamentos recetados para el siguiente año calendario es “acreditable” y sobre las opciones de cobertura de medicamentos disponibles para usted.

Si la cobertura del plan grupal es “**acreditable**”, significa que el plan tiene una cobertura de medicamentos que pagaría, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.

Conserve estos avisos sobre la cobertura acreditable, ya que puede necesitarlos luego. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D, necesitará estos avisos para demostrar que ha tenido cobertura acreditable. Si no recibió el aviso sobre la cobertura acreditable del plan grupal del empleador o para jubilados, puede pedirle una copia al administrador de los beneficios del plan, al empleador o al sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué ocurre si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca tienen cobertura del hospicio y de nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un programa de centro para enfermos terminales de Medicare y requiere un medicamento antináuseas, laxante o analgésico o un medicamento para la ansiedad que no esté cubierto por el programa porque no está relacionado con su enfermedad terminal o afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del emisor de recetas o del proveedor del centro para enfermos terminales que indique que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la recepción de cualquier medicamento no relacionado que nuestro plan debería cubrir, puede pedirle al proveedor de servicios de hospicio o al médico que receta que se aseguren de que sepamos que el medicamento no está relacionado antes de que usted le pida a una farmacia que abastezca su receta.

En el caso de que usted revoque la elección del hospicio o que le den el alta, el plan deberá cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando finalice su beneficio de centro para enfermos terminales de Medicare, debe llevar documentación de la revocación o del alta a la farmacia. Consulte las partes anteriores de esta sección en las que se detallan las normas para obtener cobertura de medicamentos conforme a la Parte D. En el Capítulo 6 (*Cuánto paga por los medicamentos recetados de la Parte D*), encontrará más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos**Sección 10.1 Programas para ayudar a los afiliados a usar los medicamentos de manera segura**

Realizamos revisiones del uso de medicamentos de nuestros afiliados para asegurarnos de que reciban una atención segura y adecuada. Estas evaluaciones son especialmente importantes para los afiliados que tienen más de un proveedor que receta los medicamentos.

Hacemos una revisión cada vez que abastece una receta. También analizamos nuestros registros con regularidad. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, como los siguientes:

- Posibles errores en la medicación
- Medicamentos que podrían no ser necesarios porque está usando otro medicamento para tratar la misma afección médica
- Medicamentos que podrían no ser seguros o adecuados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían ser perjudiciales si las toma al mismo tiempo
- Recetas para medicamentos que contienen principios a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando
- Cantidades peligrosas de medicamentos opioides para el dolor

Si vemos que puede haber un problema en la forma en que usted usa los medicamentos, nos encargaremos de hablar con su proveedor para resolverlo.

Sección 10.2 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los afiliados a utilizar sus medicamentos opioides con seguridad

Contamos con un programa que puede ayudar a que nuestros afiliados usen de forma segura sus medicamentos opioides recetados y otros medicamentos que, frecuentemente, se usan en exceso. Este programa se conoce como Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si usted usa medicamentos opioides que recibe de varios médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que el uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si decidimos, junto con sus médicos, que no es seguro el uso que usted hace de los medicamentos opioides recetados o benzodiazepina, podemos limitar cómo obtiene dichos medicamentos. Las limitaciones podrían ser las siguientes:

- Exigirle que compre todas las recetas de medicamentos con opioides o benzodiazepina en ciertas farmacias
- Exigirle que determinados médicos emitan las recetas de los medicamentos opioides o benzodiazepinas.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si creemos que una o más de estas restricciones deben aplicarse a su caso, le enviaremos una carta con anticipación. La carta tendrá información que explica las limitaciones que creemos que deberían aplicar a su caso. Usted también tendrá la posibilidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y sobre otros datos que considere importantes y que debemos conocer. Después de haber tenido la posibilidad de responder, si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si considera que hemos cometido un error o está en desacuerdo con nuestra determinación de evaluarlo como persona en riesgo de abuso de medicamentos recetados o con la restricción, usted y el médico que receta tienen el derecho de solicitarnos una apelación. Si decide apelar, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si continuamos negando una parte de su solicitud en relación con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente que no tenga ninguna vinculación con nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo solicitar una apelación.

El DMP puede no aplicarse en su caso si padece determinadas condiciones médicas, como cáncer o anemia de células falciformes, si recibe cuidado para enfermos terminales, cuidados paliativos o atención terminal, o reside en un centro de atención médica a largo plazo.

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

Tenemos un programa para ayudar a nuestros afiliados con necesidades complejas de salud.

Este programa es voluntario y no tiene cargo para los afiliados. Un equipo de farmacéuticos y médicos diseñó el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros afiliados aprovechen al máximo los medicamentos que toman. El programa se llama programa de administración de la terapia con medicamentos (MTM).

Algunos afiliados que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen un costo elevado de medicamentos, o que están en un DMP, que asiste a los afiliados a utilizar sus opioides de forma segura, pueden recibir servicios a través de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud hará una evaluación completa de todos sus medicamentos. Usted puede consultar sobre cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos, sobre sus costos y cualquier problema o duda que tenga acerca de sus medicamentos recetados y de medicamentos de venta libre. Recibirá un resumen de esta conversación por escrito. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que usted puede hacer para usar sus medicamentos de la mejor manera, con espacio para tomar notas o escribir cualquier pregunta de seguimiento. También recibirá una lista de medicamentos individual que incluirá todos los medicamentos que toma y el motivo por el que los toma. Además, los afiliados del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es recomendable que realice la revisión de medicamentos antes de su visita anual de “bienestar”, de modo que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y la lista de medicamentos. Lleve el plan de acción y la lista de medicamentos a la consulta o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos u otros proveedores de atención médica. Además, debe llevar la lista de medicamentos con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si contamos con un programa acorde a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenoslo y lo quitaremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con el Servicio para Afiliados (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto).

CAPÍTULO 6

*Cuánto paga por los
medicamentos recetados de la Parte D*

Capítulo 6. Cuánto paga por los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción.....	108
Sección 1.1	Consulte este capítulo y otra documentación donde se explique su cobertura de medicamentos	108
Sección 1.2	Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos.....	109
SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de un medicamento” en la que se encuentre usted cuando recibe el medicamento	109
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de un medicamento para los afiliados de HealthSun MediMax (HMO)?.....	109
SECCIÓN 3	Le enviamos informes donde se explican los pagos por sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra.....	110
Sección 3.1	Le enviamos un resumen mensual denominado Explicación de Beneficios de la Parte D (“EOB de la Parte D”)	110
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada la información que tenemos sobre sus pagos por medicamentos	110
SECCIÓN 4	Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de los niveles 1, 2, 3, 4 y 5.....	111
Sección 4.1	Permanece en la Etapa de deducible hasta que haya pagado \$ 430 por sus medicamentos de los niveles 1, 2, 3, 4 y 5.	111
SECCIÓN 5	Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de medicamentos y usted paga la suya	112
Sección 5.1	Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde abastezca su receta.....	112
Sección 5.2	En esta tabla se muestran sus costos para el suministro de un medicamento durante <i>un mes</i>	112
Sección 5.3	Si su médico le receta un suministro de menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del suministro de un mes completo	113
Sección 5.4	En esta tabla se muestran sus costos para el suministro de un medicamento <i>a largo plazo</i> (hasta 90 días)	114
Sección 5.5	Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus gastos totales de medicamentos del año alcancen los \$4,430.....	115
SECCIÓN 6	Durante la Etapa sin Cobertura, recibe un descuento en medicamentos de marca y no paga más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos	116
Sección 6.1	Usted permanecerá en la Etapa sin Cobertura hasta que sus gastos de bolsillo alcancen los \$7,050	116
Sección 6.2	Cómo Medicare calcula los gastos de su bolsillo para los medicamentos recetados	116
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos.....	118
Sección 7.1	Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa por lo que resta del año	118
SECCIÓN 8	Lo que usted paga por las vacunaciones cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene	118
Sección 8.1	Nuestro plan podrá tener una cobertura separada para el medicamento de la vacuna de la Parte D en sí y para el costo de la aplicación de la inyección	118
Sección 8.2	Puede llamarnos al número del Servicio para Afiliados antes de una vacunación.....	119

**¿Sabía que hay programas para ayudar a la gente a pagar sus medicamentos?**

El programa Ayuda Extra ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Le enviamos un encarte por separado, llamado “Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que obtienen ayuda extra para pagar los medicamentos recetados” (también conocida como “Cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula LIS”), donde se explica la cobertura de medicamentos. Si no tiene este encarte, llame al Servicio para Afiliados y solicite la “cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos (LIS)” (los números de teléfono del Servicio para Afiliados están impresos en el dorso de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción**Sección 1.1 Consulte este capítulo y otra documentación donde se explique su cobertura de medicamentos**

Este capítulo se centra en lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar, en este capítulo, utilizaremos la palabra “medicamentos” para referirnos a los medicamentos recetados de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y otros están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para entender la información de pago que le brindamos en este capítulo, debe saber lo básico sobre qué medicamentos se cubren, dónde abastecer sus recetas y qué normas debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. Estos son los documentos en los que se explican los aspectos básicos:

- **La lista de medicamentos cubiertos (formulario) del plan** Para simplificar, la llamamos “lista de medicamentos”.
 - Esta lista de medicamentos le informa qué medicamentos están cubiertos.
 - También indica en cuál de los seis niveles de distribución de costos se encuentra el medicamento y si hay alguna restricción en su cobertura.
 - Si necesita una copia de la lista de medicamentos, llame al Servicio para Afiliados (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto). También puede obtener la lista de medicamentos en nuestro sitio web, www.healthsun.com. La lista de medicamentos que figura en el sitio web es siempre la más actual.
- **El Capítulo 5 de este folleto.** En el Capítulo 5, se proporcionan detalles acerca de la cobertura de medicamentos recetados, incluidas las normas que debe cumplir cuando obtenga medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5 también se indica qué tipos de medicamentos recetados no cubre el plan.
- **El Directorio de proveedores/farmacias del plan.** En la mayoría de los casos, usted debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 5 para obtener más información). El *Directorio de proveedores/farmacias* contiene una lista de las farmacias de la red del plan. También le explica qué farmacias en nuestra red pueden darle un suministro a largo plazo de un medicamento (como el abastecimiento de una receta para un suministro de tres meses).

Sección 1.2 Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos

Para entender la información sobre pagos que le brindamos en este capítulo, debe conocer los tipos de gastos de bolsillo que posiblemente deba pagar por los servicios cubiertos. El monto que usted debe pagar por un medicamento se denomina “distribución de costos o costos compartidos”, y hay tres maneras en las que se le puede solicitar el pago.

- El “**deducible**” es el monto que usted debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- El “**copago**” es el monto fijo que usted paga cada vez que abastece una receta.
- El “**coseguro**” significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que abastece una receta.

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de un medicamento” en la que se encuentre usted cuando recibe el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de un medicamento para los afiliados de HealthSun MediMax (HMO)?

Como se indica en el cuadro a continuación, existen etapas de pago de un medicamento para su cobertura de medicamentos recetados en HealthSun MediMax (HMO). Cuánto pagará por un medicamento depende de la etapa en la que usted esté cuando abastece una receta u obtiene un repuesto. Tenga en cuenta que siempre es responsable de la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de pago del medicamento.

Etapa 1 <i>Etapa de deducible anual</i>	Etapa 2 <i>Etapa de cobertura inicial</i>	Etapa 3 <i>Etapa sin cobertura</i>	Etapa 4 <i>Etapa de cobertura catastrófica</i>
<p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Niveles 1, 2, 3, 4 y 5.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que haya pagado \$430 por sus medicamentos de Niveles 1, 2, 3, 4 y 5 (\$430 es el monto de su deducible de Niveles 1, 2, 3, 4 y 5).</p> <p>(Los detalles se encuentran en la Sección 4 de este capítulo).</p>	<p>Usted comienza en esta etapa cuando abastece la primera receta del año.</p> <p>En esta etapa, el plan paga la parte del costo de sus medicamentos que le corresponde y usted paga su parte del costo.</p> <p>Usted permanecerá en esta etapa hasta que sus “costos totales de medicamentos” del año hasta la fecha (sus pagos más los pagos del plan de la Parte D) asciendan a \$4,430. (En la Sección 5 de este capítulo, encontrará más información).</p>	<p>Durante esta etapa, usted paga el 25% del precio de los medicamentos de marca (más una parte de la tarifa de suministro) y el 25% del precio de los medicamentos genéricos.</p> <p>Usted permanecerá en esta etapa hasta que sus “gastos de bolsillo” de este año hasta la fecha (sus pagos) alcancen los \$7,050. Medicare ha establecido este monto y las normas para contabilizar los costos que llegan a este monto.</p> <p>(En la Sección 6 de este capítulo, encontrará más información).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2022).</p> <p>(En la Sección 7 de este capítulo, encontrará más información).</p>

SECCIÓN 3 Le enviamos informes donde se explican los pagos por sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual denominado Explicación de Beneficios de la Parte D (“EOB de la Parte D”)

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que ha efectuado cuando usted abastece sus recetas u obtiene repuestos en la farmacia. De este modo, podemos informarle cuándo ha pasado de una etapa de pago de un medicamento a otra. En particular, hay dos tipos de costos de los que llevamos un registro:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. Esto se denomina sus gastos “**de bolsillo**”.
- Llevamos un registro de sus “**gastos totales de medicamentos**”. Este es el monto que usted paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre, más el monto que paga el plan.

Nuestro plan preparará un resumen escrito llamado *Explicación de Beneficios de la Parte D* (a veces se le llama “EOB de la Parte D”) cuando usted haya surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior. En la EOB de la Parte D, se proporciona más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos en el precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pudieran estar disponibles. Debe consultar a su médico que receta sobre estas opciones a bajo costo. La EOB de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información correspondiente al mes.** Este informe incluye los detalles de pago de las recetas que abasteció el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que paga nuestro plan y qué pagan usted u otras personas en su nombre.
- **Totales correspondientes al año desde el 1.º de enero.** Esto se denomina información “de este año hasta la fecha”. Se detallan los costos totales de medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el comienzo del año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento, y cualquier cambio porcentual desde el primer llenado para cada solicitud de prescripción de la misma cantidad.
- **Medicamentos recetados alternativos disponibles a un menor costo.** Aquí se incluirá información sobre otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pudieran estar disponibles para cada reclamación de receta.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada la información que tenemos sobre sus pagos por medicamentos

Para realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de afiliación cuando abastezca una receta.** Para que estemos al tanto de los medicamentos recetados que adquiere y de lo que paga, muestre su tarjeta de afiliación del plan siempre que abastezca una receta.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** Hay veces que usted paga sus medicamentos recetados en las que nosotros no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de bolsillo, puede entregarnos copias de los recibos por los medicamentos que adquirió. (Si le facturan un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para conocer cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7 de este folleto). Estas son algunas situaciones en que puede entregarnos copias de los recibos de los

Capítulo 6. Cuánto paga por los medicamentos recetados de la Parte D

medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en medicamentos:

- Cuando adquiere un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utilizando una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
- Cuando usted ha hecho un copago por medicamentos suministrados dentro de un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
- Siempre que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otras ocasiones en las que haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas hayan hecho por usted.** Los pagos que realizan otras personas y organizaciones también se computan para el cálculo de los gastos de bolsillo y lo ayudan a calificar para obtener la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Indian Health Service y la mayoría de las instituciones benéficas se tienen en cuenta para el cálculo de los gastos de bolsillo. Debe mantener un registro de estos pagos y enviarnoslos para que podamos llevar un registro de sus costos.
- **Verifique el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba por correo la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”), revísela para asegurarse de que la información está completa y es correcta. Si piensa que falta algo en el informe o tiene alguna pregunta, llame al Servicio para Afiliados (los números telefónicos están impresos en el dorso de este folleto). Asegúrese de guardar estos informes. Constituyen un registro importante de sus gastos de medicamentos.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de los niveles 1, 2, 3, 4 y 5

Sección 4.1	Permanece en la Etapa de deducible hasta que haya pagado \$430 por sus medicamentos de los niveles 1, 2, 3, 4 y 5.
--------------------	---

La Etapa de deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. Pagará un deducible anual de \$430 en medicamentos de los niveles 1, 2, 3, 4 y 5. **Debe pagar el costo total de sus** medicamentos de los niveles 1, 2, 3, 4 y 5 hasta que alcance el monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura de inmediato.

- Su “**costo total**” suele ser más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
- El “**deducible**” es la cantidad que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D antes de que el plan comience a pagar su parte.

Una vez que haya pagado **\$430** por sus medicamentos de los niveles 1, 2, 3, 4 y 5, abandona la Etapa de deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de medicamentos y usted paga la suya

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde abastezca su receta

Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos recetados cubiertos, y usted paga su parte del costo (el copago o coseguro correspondientes). Su parte del costo variará según el medicamento y dónde se abastezca su receta.

El plan tiene seis (6) niveles de distribución de costos

Cada medicamento que figura en la lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de los seis (6) niveles de distribución de costos. En general, cuanto más alto sea el nivel de distribución de costos, más alto será el costo del medicamento:

- Nivel 1: Genéricos preferidos
- Nivel 2: Genéricos
- Nivel 3: De marca preferida
- Nivel 4: De marca no preferida
- Nivel 5: Medicamentos especializados (solamente medicamentos genéricos y de marca de la Parte D)
- Nivel 6: Medicamentos complementarios (solamente medicamentos genéricos y de marca excluidos)

Cada medicamento se asigna a un “nivel” específico dentro del formulario. Por lo general, los medicamentos más económicos se encuentran en el nivel 1 (genérico preferido) y después en el nivel 2 (genérico). Los medicamentos del Nivel 5 (medicamentos especializados) son los menos económicos y tienen un costo compartido mayor.

Para saber en qué nivel de distribución de costos se encuentra el medicamento que necesita, consulte la lista de medicamentos del plan.

Sus opciones en cuanto a farmacias

Lo que paga por un medicamento depende de dónde obtiene el medicamento:

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia que no está en la red del plan
- Una farmacia de pedido por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y sobre cómo abastecer las recetas, consulte el Capítulo 5 de este folleto y el *Directorio de farmacias* del plan.

Sección 5.2 En esta tabla se muestran sus costos para el suministro de un medicamento durante *un mes*

Durante la etapa de cobertura inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

- El “**copago**” es el monto fijo que usted paga cada vez que abastece una receta.
- El “**coseguro**” significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que abastece una receta.

Como se muestra en la siguiente tabla, el monto del copago o del coseguro depende del nivel de distribución de costos en el que se encuentre su medicamento. Tenga en cuenta lo siguiente:

Capítulo 6. Cuánto paga por los medicamentos recetados de la Parte D

- Si el precio del medicamento cubierto es inferior al copago que se indica en el cuadro, usted pagará el monto más bajo. Usted pagará el precio total del medicamento o el copago, *el monto que sea menor*.
- Brindamos cobertura para recetas abastecidas en farmacias fuera de la red solo en algunas circunstancias. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener información sobre los casos en los que cubriremos las recetas abastecidas en una farmacia fuera de la red.

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

Nivel	Farmacias minoristas con distribución de costos (dentro de la red) (hasta un suministro para 30 días)	Farmacias de pedido por correo distribución de costos (suministro para un máximo de 30 días)	Atención a largo plazo (LTC) distribución de costos (suministro para un máximo de 34 días)	Costos compartidos distribución de costos (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro para un máximo de 30 días)
Nivel 1 de distribución de costos (Genérico preferido)	25%	25%	25%	25%
Nivel 2 de distribución de costos (Genérico)	25%	25%	25%	25%
Nivel 3 de distribución de costos (Medicamentos de marca preferida)	25%	25%	25%	25%
Nivel 4 de distribución de costos (Medicamentos de marca no preferida)	25%	25%	25%	25%
Nivel 5 de distribución de costos (Medicamentos especializados)	25%	25%	25%	25%
Nivel 6 de distribución de costos (Medicamentos complementarios)	\$0	\$0	\$0	\$0

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

Generalmente, el monto que debe pagar por un medicamento recetado cubre un suministro para un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetar un suministro de medicamentos para menos de un mes. Es posible que haya momentos en que quiera solicitar a su médico que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando toma un

Capítulo 6. Cuánto paga por los medicamentos recetados de la Parte D

medicamento por primera vez que se sabe que tiene efectos secundarios graves). Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo de determinados medicamentos, usted no tendrá que pagar el mes completo.

El monto que debe pagar cuando recibe un suministro para menos de un mes completo dependerá de si le corresponde pagar un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto fijo en dólares).

- Si debe pagar el coseguro, pagará un porcentaje del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje sin importar si la receta es para un suministro mensual completo o para una menor cantidad de días. Sin embargo, debido a que el costo total del medicamento será más bajo si obtiene un suministro para menos de un mes completo, el monto que usted paga será menor.
- Si debe pagar un copago por el medicamento, el copago se basará en la cantidad de días del medicamento que reciba. Calcularemos el monto que usted paga por día por su medicamento (la “tasa diaria de costos compartidos”) y la multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.
 - Este es un ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento para el suministro de un mes completo (un suministro para 30 días) es de \$30. Esto significa que la cantidad que usted paga por día por su medicamento es de \$1. Si recibe un suministro del medicamento durante 7 días, su pago será de \$1 por día multiplicado por 7 días, lo que supone un pago total de \$7.

La tasa diaria de costos compartidos le permite asegurarse de que un medicamento funciona para usted antes de tener que pagar el suministro para todo un mes. También puede solicitar a su médico que recete, y a su farmacéutico que dispense, un suministro inferior a un mes completo de uno o varios medicamentos si esto lo ayuda a planificar mejor la fecha de reposición de distintos medicamentos recetados, de forma que tenga que ir menos veces a la farmacia. El monto que usted paga dependerá de la cantidad de días de suministro que reciba.

Sección 5.4	En esta tabla se muestran sus costos para el suministro de un medicamento a largo plazo (hasta 90 días)
--------------------	--

Usted puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) de algunos medicamentos al abastecer su receta. Un suministro a largo plazo es para un máximo de 90 días. (Para obtener información sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5).

En la tabla a continuación se muestra lo que usted paga cuando obtiene un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento.

- Tenga en cuenta lo siguiente: Si el costo de su medicamento cubierto es inferior al monto de copago que figura en el cuadro, usted pagará ese precio inferior por el medicamento. Usted pagará el precio total del medicamento o el copago, *el monto que sea menor*.

Capítulo 6. Cuánto paga por los medicamentos recetados de la Parte D

Su parte del costo por un suministro a largo plazo de un medicamento recetado de la Parte D con cobertura:

Nivel	Farmacias minoristas con distribución de costos (dentro de la red) (suministro para un máximo de 90 días)	Farmacias de pedido por correo distribución de costos (suministro para un máximo de 90 días)
Nivel 1 de distribución de costos (Genérico preferido)	25%	25%
Nivel 2 de distribución de costos (Genérico)	25%	25%

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus gastos totales de medicamentos del año alcancen los \$4,430

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que el monto total de los medicamentos recetados que ha surtido y reabastecido alcance el **límite de \$4,430 para la Etapa de Cobertura Inicial**.

El gasto total de medicamentos se determina sumando lo que usted paga y lo que paga el plan de la Parte D:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos desde que comenzó con la primera compra de medicamentos del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo). Esto incluye lo siguiente:
 - Los **\$430** que pagó cuando estaba en la Etapa de deducible
 - El total que usted pagó por su parte del costo de sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial.
- **Lo que el plan pagó** como costos compartidos por los medicamentos durante la etapa de cobertura inicial. (Si se inscribió en un plan de la Parte D diferente en cualquier momento durante el 2022, el monto que pagó el plan durante la Etapa de Cobertura Inicial también se tiene en cuenta para calcular los costos totales de sus medicamentos).

Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos recetados que, normalmente, no cubren los planes de medicamentos recetados de Medicare. Los pagos efectuados por estos medicamentos no contarán para el límite de cobertura inicial ni para el total de los gastos de bolsillo. También proporcionamos algunos medicamentos de venta libre exclusivamente para su uso. Estos medicamentos de venta libre se brindan sin costo para usted. Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte el formulario.

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos lo ayudará a llevar un control de lo que pagaron usted y el plan, y cualquier otra persona en su nombre, durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de **\$4,430** en un año.

Le informaremos si alcanza este monto de **\$4,430**. Si usted llega a este monto, saldrá de la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa sin Cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa sin Cobertura, recibe un descuento en medicamentos de marca y no paga más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos

Sección 6.1	Usted permanecerá en la Etapa sin Cobertura hasta que sus gastos de bolsillo alcancen los \$7,050
--------------------	--

En la etapa sin cobertura, el programa de descuentos durante la etapa sin cobertura de Medicare (Medicare Coverage Gap Discount Program) brinda descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Usted paga el 25 % del precio negociado y una parte de la comisión del farmacéutico por los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el que le descuenta el fabricante cuentan para sus gastos de bolsillo como si los hubiera pagado usted y le hacen pasar por el vacío de cobertura.

También recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25 % del costo de medicamentos genéricos y el plan paga el resto. El monto que paga el plan por los medicamentos genéricos (75 %) no se contabiliza para los gastos de bolsillo. Solo se contabiliza el monto que usted paga, y esto lo ayuda a lo largo de la etapa sin cobertura.

Usted sigue pagando el precio con descuento de los medicamentos de marca y no más del 25 % de los costos de los medicamentos genéricos hasta que sus pagos anuales de bolsillo alcancen un monto máximo que ha fijado Medicare. En 2022, ese monto será de **\$7,050**.

Usted continúa pagando **\$0** por los medicamentos excluidos de la Parte D en el Nivel 6 (medicamentos complementarios de marca y genéricos) durante la Etapa sin Cobertura.

Medicare posee normas acerca de lo que se considera y *no* se considera gastos de bolsillo. Cuando alcance un límite de gastos de bolsillo de **\$7,050**, usted saldrá de la Etapa sin Cobertura y pasará a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Sección 6.2	Cómo Medicare calcula los gastos de su bolsillo para los medicamentos recetados
--------------------	--

Aquí le presentamos las normas de Medicare que debemos seguir cuando llevamos un registro de los gastos de bolsillo para sus medicamentos.

Estos pagos se incluyen en el cálculo de los gastos de bolsillo

Cuando sume sus gastos de bolsillo, **puede incluir** los pagos que figuran a continuación (siempre y cuando sean por medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya seguido las normas correspondientes a la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

- El monto que usted paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de un medicamento:
 - La etapa de deducible
 - La etapa de cobertura inicial
 - La etapa sin cobertura
- Cualquier pago que realice durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si **usted** realiza los pagos, estos se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si los hacen **ciertas personas u organizaciones** en su nombre. Esto incluye los pagos de sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de

Capítulo 6. Cuánto paga por los medicamentos recetados de la Parte D

las instituciones benéficas, por programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA o por el Indian Health Service. Los pagos realizados por el programa de Ayuda Extra de Medicare también se incluyen.

- Se incluyen algunos pagos realizados por el Programa de descuentos durante la etapa sin cobertura de Medicare. También se incluyen el monto que paga el fabricante por los medicamentos de marca. Sin embargo, no se incluye el monto que paga el plan por los medicamentos genéricos.

Paso a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya alcanzado un total de **\$7,050** de gastos de bolsillo en el transcurso del año calendario, pasará de la Etapa sin Cobertura a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo

Cuando sume sus gastos de bolsillo, usted **no está autorizado a incluir** ninguno de estos tipos de pagos por medicamentos recetados:

- La cantidad que paga por su prima mensual
- Los medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplan con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B.
- Los pagos que usted realiza por medicamentos cubiertos conforme a nuestra cobertura adicional, pero que, normalmente, no están cubiertos conforme a un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Los pagos efectuados por medicamentos recetados que, normalmente, no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Los pagos efectuados que realice el plan por los medicamentos de marca o genéricos durante la Etapa sin Cobertura.
- Los pagos por sus medicamentos que realicen los planes de salud de grupo, incluidos los de los planes de salud de su empleador.
- Los pagos por sus medicamentos que realizan determinados planes de seguros y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Asuntos de Veteranos.
- Los pagos por sus medicamentos que realice una tercera parte que tenga la obligación legal de pagar los costos de las recetas (por ejemplo, la compensación para trabajadores).

Recordatorio: Si alguna otra organización, tales como las que se mencionan más arriba, paga una parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por medicamentos, usted tiene la obligación de informarlo a nuestro plan. Llame al Servicio para Afiliados para informarnos (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

¿Cómo puede llevar un registro de los gastos de bolsillo totales?

- **Lo ayudaremos.** El resumen de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo (en la Sección 3 de este capítulo se explica este informe). Cuando alcance un total de **\$7,050** en gastos de bolsillo para el año, en este informe se le dirá que ha dejado la Etapa sin Cobertura y que ha pasado a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Capítulo 6. Cuánto paga por los medicamentos recetados de la Parte D

- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** En la Sección 3.2, se informa lo que usted puede hacer para que nuestros registros de lo que usted gastó estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Sección 7.1	Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa por lo que resta del año
--------------------	---

Usted reúne los requisitos para la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando sus gastos de bolsillo hayan alcanzado el límite de **\$7,050** para el año calendario. Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa por lo que resta del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.

Su parte del costo de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el que sea *mayor*:

- – o – un coseguro del 5 % del costo del medicamento
- – o – **\$3.95** por un medicamento genérico o un medicamento que sea tratado como tal y **\$9.85** por todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

El plan cubre algunos medicamentos excluidos de la Parte D. Usted paga **\$0** por los medicamentos excluidos de la Parte D en el Nivel 6 (medicamentos de marca y genéricos complementarios) durante cada etapa del beneficio para medicamentos recetados, incluida la etapa catastrófica.

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunaciones cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene

Sección 8.1	Nuestro plan podrá tener una cobertura separada para el medicamento de la vacuna de la Parte D en sí y para el costo de la aplicación de la inyección
--------------------	--

Nuestro plan ofrece cobertura para una serie de vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Puede obtener información sobre la cobertura de estas vacunas en el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4, Sección 2.1.

Hay dos partes en nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura es el costo **del medicamento (vacuna)**. La vacuna es un medicamento recetado.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de **aplicación de la vacuna**. (Esto a veces se llama la “administración” de la vacuna).

¿Cuánto debe pagar por una vacuna de la Parte D?

Cuánto paga por una vacuna de la Parte D depende de tres factores:

- 1. El tipo de vacuna** (contra qué se vacuna).
 - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede obtener información sobre la cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*.
 - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan.
- 2. Dónde obtiene el medicamento de la vacuna.**
- 3. Quién le aplica la vacuna.**

Capítulo 6. Cuánto paga por los medicamentos recetados de la Parte D

Lo que usted paga en el momento de obtener la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces, cuando se aplique una vacuna, deberá pagar el costo total por la vacuna y por la aplicación. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolse su parte del costo.
- Otras veces, cuando obtiene la vacuna o se la coloca, tendrá que pagar únicamente su parte del costo.

Para mostrarle cómo funciona, aquí le presentamos tres maneras habituales en que puede obtener una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados a las vacunas (incluida su administración) durante la Etapa deducible y sin Cobertura de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se la aplican en la farmacia de la red. (Tener esta opción depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas).

- Deberá pagar a la farmacia el monto del coseguro o del copago por la vacuna y el costo de la aplicación de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Usted recibe la vacunación de la Parte D en el consultorio médico.

- Cuando obtenga la vacuna, usted pagará el costo total de la vacuna y su administración.
- A continuación, puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este folleto (*Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará la cantidad que haya pagado menos su coseguro normal o copago por la vacuna (incluida la administración) menos la diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que pagamos normalmente. (Si usted participa en el programa Ayuda Extra, le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia y luego la lleva al consultorio médico para que se la apliquen.

- Tendrá que pagar a la farmacia el monto de su coseguro o copago por la propia vacuna.
- Cuando su médico le aplica la vacuna, usted paga el costo total por este servicio. En ese caso, puede solicitar a nuestro plan que pague la parte del costo que le corresponde mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este folleto.
- Se le reembolsará el monto cobrado por el médico para la administración de la vacuna menos la diferencia entre el importe que cobra el médico y lo que pagamos normalmente. (Si usted participa en el programa Ayuda Extra, le reembolsaremos esta diferencia).

Sección 8.2	Puede llamarnos al número del Servicio para Afiliados antes de una vacunación
--------------------	--

Las normas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarlo. Le recomendamos que primero llame al Servicio para Afiliados cuando planifique colocarse una vacuna. (Los números de teléfono del Servicio para Afiliados están impresos en la contraportada de este folleto).

Capítulo 6. Cuánto paga por los medicamentos recetados de la Parte D

- Podremos brindarle información sobre la cobertura que ofrece nuestro plan para la vacunación y sobre su parte del costo.
- También le explicaremos cómo puede mantener bajo su costo si utiliza los proveedores y las farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar un proveedor y una farmacia dentro de la red, podemos indicarle lo que tiene que hacer para que le paguemos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7. Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7. Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos	123
Sección 1.1	Si paga la parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos por nuestro plan, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago	123
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que recibió	125
Sección 2.1	Cómo y dónde debe enviarnos la solicitud de pago.....	125
SECCIÓN 3	Evaluaremos su solicitud de pago y le comunicaremos si fue aprobada o no	126
Sección 3.1	Verificamos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos	126
Sección 3.2	Si le comunicamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación.....	126
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las que debe guardar los recibos y enviarnos copias ...	126
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos las copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de bolsillo por medicamentos	126

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si paga la parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos por nuestro plan, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que tenga que pagar el costo total de inmediato. Otras veces, puede descubrir que ha pagado más de lo que esperaba según las normas de cobertura del plan. En cualquiera de los dos casos, puede pedir a nuestro plan que se le devuelva el dinero (se lo suele llamar “reembolso” a la devolución del dinero). Usted tiene derecho a que nuestro plan le haga un reembolso, siempre que haya pagado más que su parte del costo en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que ha recibido. En muchos casos, debería enviarnos esta factura en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que debemos cubrirlos, le pagaremos directamente al proveedor.

Estos son ejemplos de situaciones en las que podría tener que solicitarle al plan que le reembolse o que pague una factura que usted haya recibido:

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

Puede recibir servicios de emergencia a través de cualquier proveedor, ya sea que forme parte de la red o no. Cuando reciba servicios de urgencia o de emergencia de un proveedor que no forma parte de nuestra red, solo será responsable de pagar su parte del costo, no el costo total. Debe pedirle al proveedor que facture al plan nuestra parte del costo.

- Si usted paga la totalidad del monto en el momento en que recibe la atención, tendrá que solicitar que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho.
- En ocasiones, el proveedor puede entregarle una factura para solicitarle un pago que usted considera que no le corresponde. Envíenos esta factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya hecho.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente a él.
 - Si ya ha pagado más que su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le devolveremos nuestra parte del costo.

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

Los proveedores dentro de la red deben facturar siempre de manera directa al plan y pedirle solo su parte del costo. Pero, a veces, se equivocan y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo debe pagar su parte de los costos compartidos cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, lo que se conoce como “facturación del saldo”. Esta protección (por la cual usted nunca pagará más que su parte de los costos compartidos) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio e incluso si existe una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la “facturación del saldo”, consulte el Capítulo 4, Sección 1.3.

Capítulo 7. Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Siempre que usted reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera excesivo, envíenos la factura. Nosotros nos comunicaremos directamente con el proveedor para resolver el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor dentro de la red, pero cree que ha pagado demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos que le devolvamos la diferencia entre el monto que ha pagado y el que le corresponde según el plan.

3. Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan

En ocasiones, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (“Retroactiva” significa que el primer día de su inscripción ya pasó. Incluso, la fecha de inscripción podría ser del año pasado).

Si usted se inscribió en nuestro plan de forma retroactiva y pagó de su bolsillo cualquier medicamento o servicio cubierto con posterioridad a la fecha de su inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá presentar documentación para que podamos procesar el reembolso.

Llame a Servicio para Afiliados para obtener información adicional sobre cómo solicitarnos el reembolso y los plazos para hacerlo. (Los números de teléfono de Servicio para Afiliados figuran en el dorso de este folleto).

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para adquirir un medicamento recetado

Si usted va a una farmacia fuera de la red e intenta utilizar su tarjeta de afiliación para que le abastezcan una receta, la farmacia no podrá presentarnos la reclamación directamente a nosotros. Cuando esto ocurra, usted tendrá que pagar el costo total del medicamento recetado. (Cubrimos los medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red solo en algunas situaciones especiales. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información).

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

5. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no tiene la tarjeta de afiliación del plan con usted

Si usted no lleva la tarjeta de afiliación del plan con usted, pídale a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción del plan. No obstante, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita en el momento, usted podría tener que pagar el costo total del medicamento recetado.

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

6. Cuando paga el costo total de una receta en otras circunstancias

Podría pagar el costo total del medicamento recetado porque el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, el medicamento podría no estar en la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan o podría tener un requisito o una restricción que usted no conocía o que considera que no debería aplicarse a su caso. Si decide obtener el medicamento inmediatamente, podría tener que pagar el costo total.

Capítulo 7. Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información sobre su médico para poder reembolsarle nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*), encontrará información sobre cómo presentar una apelación.

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

Sección 2.1 Cómo y dónde debe enviarnos la solicitud de pago

Envíenos la solicitud de pago junto con la factura y la documentación de cualquier pago que haya hecho. Se le recomienda que haga una copia de la factura y los recibos a modo de registro.

A fin de asegurarse de proporcionarnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamaciones para hacer la solicitud de pago.

- No es necesario que use el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Puede descargar una copia del formulario del sitio web (www.healthsun.com) o puede llamar al Servicio para Afiliados para solicitarlo. (Los números de teléfono del Servicio para Afiliados están impresos en la contraportada de este folleto).

Envíe su solicitud de pago junto con las facturas o los recibos pagados a esta dirección:

**HealthSun Health Plans
Claims Department
9250 W Flagler Street Suite 600
Miami, FL 33174**

También puede llamar a nuestro plan para solicitar el pago. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección titulada *Dónde enviar una solicitud de pago de nuestra parte del costo de la atención médica que ha recibido*.

Debe presentarnos su reclamación en el plazo de un (1) año desde la fecha en la que recibió el servicio o artículo.

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo por sus medicamentos recetados a esta dirección:

**Part D Claims Department
PO Box 52077
Phoenix, AZ 85072-2077**

Debe presentarnos su reclamación en el plazo de un (1) año desde la fecha en la que recibió el medicamento.

Comuníquese con el Servicio para Afiliados si tiene alguna pregunta (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto). Si usted no sabe el monto que adeuda o si recibe facturas y no sabe qué debe hacer con ellas, podemos ayudarlo. También puede llamarnos en caso de que desee brindarnos más información sobre una solicitud de pago que nos haya enviado.

Capítulo 7. Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 3 Evaluaremos su solicitud de pago y le comunicaremos si fue aprobada o no

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted ha seguido todas las normas para obtenerlos, pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el reembolso de la parte que nos corresponde pagar por correo. Si usted todavía no pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor por correo. (En el Capítulo 3, se explican las normas que usted debe seguir para obtener cobertura de servicios médicos. En el Capítulo 5, se explican las normas que debe seguir para obtener la cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D).
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o que usted *no* ha seguido todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. En cambio, le enviaremos una carta para explicarle los motivos por los que no le enviamos el pago que solicitó, así como sus derechos de apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si considera que cometimos un error al denegar su solicitud de pago o si no está de acuerdo con el monto que pagaremos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que usted nos solicita que cambiemos la decisión de rechazar su solicitud de pago.

Para obtener información sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto, *Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si no está familiarizado con la presentación de una apelación, le será de ayuda comenzar a leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una sección introductoria en la que se explica el procedimiento para las decisiones y apelaciones sobre la cobertura, y se brindan definiciones de términos como “apelación”. Después de consultar la Sección 4, usted puede pasar a la sección del Capítulo 9 que le explica lo que puede hacer en su situación:

- Si quiere presentar una apelación sobre reembolsos por servicios médicos, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9.
- Si quiere presentar una apelación para que le devuelvan el dinero que pagó por un medicamento, vaya a la Sección 6.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar los recibos y enviarnos copias

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos las copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de bolsillo por medicamentos

Hay algunas ocasiones en las que debe comunicarnos sus pagos por medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando el pago. En cambio, nos está informando los pagos que realizó para que podamos

Capítulo 7. Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

calcular correctamente sus gastos de bolsillo. Esto puede ayudarlo a reunir los requisitos para la etapa de cobertura catastrófica más rápido.

A continuación, le indicamos dos situaciones en las que debe enviarnos copias de los recibos para informarnos de los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

1. Cuando usted compra el medicamento a un precio inferior al nuestro

A veces, cuando está en la Etapa de deducible y sin Cobertura, puede comprar su medicamento **en una farmacia de la red** por un precio inferior al nuestro.

- Por ejemplo, una farmacia puede ofrecer un medicamento a un precio especial. O puede ser que usted tenga una tarjeta de descuento que esté fuera de nuestro beneficio y que ofrezca un precio más bajo.
- Excepto que se apliquen condiciones especiales, debe utilizar una farmacia dentro de la red en estas situaciones y su medicamento debe estar en nuestra lista de medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que sus gastos de bolsillo lo ayuden a cumplir con los requisitos para la etapa de cobertura catastrófica.
- Tenga en cuenta lo siguiente: Si se encuentra en la Etapa de deducible y sin Cobertura, es posible que no paguemos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Sin embargo, si nos envía una copia del recibo, podemos calcular correctamente sus gastos de bolsillo y ayudarlo a reunir los requisitos para la etapa de cobertura catastrófica más rápido.

2. Cuando usted obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos

Algunos afiliados se inscriben en un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos ajeno a los beneficios del plan. Si usted adquiere algún medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que sus gastos de bolsillo lo ayuden a cumplir con los requisitos para la etapa de cobertura catastrófica.
- Tenga en cuenta lo siguiente: Debido a que usted obtiene su medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no mediante los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Sin embargo, si nos envía una copia del recibo, podemos calcular correctamente sus gastos de bolsillo y ayudarlo a reunir los requisitos para la etapa de cobertura catastrófica más rápido.

Dado que en los dos casos ya descritos no se solicita el pago, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, no podrá presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y obligaciones

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como afiliado del plan	130
Sección 1.1	Debemos brindarle información de manera que le sea útil (en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.).....	130
Sección 1.2	Debemos garantizar que tenga un acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.....	131
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud.....	131
Sección 1.4	Debemos proporcionarle información sobre el plan, su red de proveedores y los servicios cubiertos.....	132
Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención.....	133
Sección 1.6	Tiene derecho a presentar reclamos y solicitarnos que reconsideremos decisiones que hemos tomado	134
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?.....	135
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos.....	135
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas obligaciones como afiliado del plan	136
Sección 2.1	¿Cuáles son sus obligaciones?	136

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como afiliado del plan**Sección 1.1 Debemos brindarle información de manera que le sea útil (en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)**

Para que le brindemos información de un modo adecuado para usted, llame al Servicio para Afiliados (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

Nuestro plan dispone de servicios gratuitos de interpretación y profesionales para responder las preguntas formuladas por personas con discapacidad o que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información sin costo en idiomas distintos al inglés, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos si lo necesita. Nosotros debemos brindarle la información sobre los beneficios del plan en un formato que sea comprensible y apropiado para usted. Para que le brindemos información de un modo adecuado para usted, llame al Servicio para Afiliados (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

Si tiene algún problema para obtener información sobre nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja a Servicio para Afiliados de HealthSun al 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500). También puede presentar un reclamo 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 con este envío, o puede ponerse en contacto con Servicio para Afiliados de HealthSun para obtener información adicional.

Español

Para obtener nuestra información de una manera que le funcione, llame al Servicio para Afiliados (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios de interpretación gratuitos, disponibles para responder las preguntas de los afiliados discapacitados y que no hablen inglés. También podemos brindarle información en otros idiomas, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Estamos obligados a proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener nuestra información de una manera que le funcione, llame al Servicio para Afiliados (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja a servicios para afiliados de HealthSun al 1-877-336-2069. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de Cobertura o con este correo, o puede comunicarse con nuestro departamento de servicios para afiliados para obtener información adicional.

Criollo

Pou jwenn enfòmasyon nan men nou nan yon fason ki travay pou ou, tanpri rele Sèvis Manm (nimewo telefòn yo enprime sou kouvèti do paj sa a).

Plan nou an gen moun ak sèvis entèprèt gratis ki disponib pou reponn kesyon nan men moun ki enfim ak ki pa pale angle. Nou kapab tou ba ou enfòmasyon nan lòt lang, Bray, an gwo enprime, oswa lòt fòm altènè san sa pa koute si ou bezwen li. Nou oblije ba ou enfòmasyon sou benefis plan an nan yon fòm ki aksesib epi ki apwopriye pou ou. Pou jwenn enfòmasyon nan men nou nan yon fason ki mache pou ou, tanpri rele Sèvis Manm (nimewo telefòn yo enprime sou kouvèti do liv la).

Si ou gen nenpòt pwoblèm pou jwenn enfòmasyon nan plan nou an nan yon fòm ki aksesib epi ki apwopriye pou ou, tanpri rele pou fè yon doleyans ak Sèvis Manm HealthSun nan 1-877-336-2069. Ou

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

ka depoze yon plent tou avèk Medicare lè w rele 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) oswa dirèkteman avèk Biwo pou Dwa Sivil yo. Enfòmasyon pou kontakte enkli nan prèv sa a ki kouvri oswa avèk adrès sa a, oswa ou ka kontakte Depatman Sèvis Manm nou an pou plis enfòmasyon.

Sección 1.2	Debemos garantizar que tenga un acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos
--------------------	---

Como afiliado de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan para que le suministre y organice los servicios cubiertos (en el Capítulo 3 se explica más sobre esto). Llame al Servicio para Afiliados para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes (en el dorso de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono). Usted también tiene derecho a ir a un especialista de la mujer (como un ginecólogo) sin referencia.

Como afiliado del plan, tiene derecho a programar citas y obtener los servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir los servicios de especialistas oportunamente y cuando usted lo necesite. Además, tiene derecho a abastecer sus recetas o reponer sus medicamentos recetados en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.

Si considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, en el Capítulo 9, Sección 10, de este folleto se le informa qué puede hacer. (Si le hemos negado la cobertura para su atención médica o sus medicamentos y está en desacuerdo con nuestra decisión, en el Capítulo 9, Sección 4, se le informa qué puede hacer).

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

La legislación federal y estatal protege la privacidad de sus registros médicos y su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo establecen estas leyes.

- Su “información personal de salud” incluye la información personal que usted nos proporcionó en el momento de inscribirse en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, denominado “Aviso de prácticas de privacidad”, en el que se informa sobre estos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no tengan acceso a sus registros ni los modifiquen.
- En la mayoría de los casos, si le proporcionamos su información de salud a una persona que no le brinda atención o no paga su atención, *debemos antes obtener su permiso por escrito*. El permiso por escrito lo puede dar usted o alguien a quien le haya otorgado la facultad legal para tomar decisiones por usted.
- Existen ciertas excepciones que no requieren que le solicitemos antes su permiso por escrito. Estas excepciones están contempladas o son requeridas por la ley.
 - Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información de salud a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, tenemos la obligación de brindar su información de salud a Medicare, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. En caso de que Medicare divulgue su información

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

con fines de investigación u otros propósitos, deberá hacerlo según la legislación y las reglamentaciones federales.

Usted puede acceder a la información de sus expedientes y saber cómo se ha divulgado

Usted tiene derecho a leer sus registros médicos que se mantienen en el plan y a obtener una copia de ellos. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por las copias. Además, usted tiene derecho a solicitarnos que agreguemos o corrijamos la información en sus registros médicos. Si nos pide que lo hagamos, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer los cambios.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha divulgado su información de salud con cualquier fin que no sea de rutina.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la privacidad de su información personal de salud, llame al Servicio para Afiliados (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto).

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

Como afiliado al MediMax (HMO), tiene derecho a recibir varios tipos de información de nuestra parte. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que sea conveniente para usted. Esto incluye obtener la información en idiomas distintos del inglés y en letra grande u otros formatos alternativos).

Si usted necesita cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Servicio para Afiliados (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información acerca de la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones presentadas por los afiliados y la calificación por estrellas del plan, incluida la valoración que han hecho los afiliados del plan y su comparación con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red, incluidas las farmacias de nuestra red.**
 - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - Para ver la lista de proveedores y farmacias dentro de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*.
 - Para obtener información más detallada acerca de nuestros proveedores o farmacias, puede llamar al Servicio para Afiliados (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto) o visitar nuestro sitio web en www.healthsun.com.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.**
 - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, explicamos cuáles son los servicios médicos que están cubiertos para usted, las restricciones de la cobertura y las normas que debe respetar para obtener los servicios médicos cubiertos.
 - Para conocer los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los capítulos 5 y 6 de este folleto, además de la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan. En estos capítulos, así como en la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)*, se enumeran cuáles son los medicamentos cubiertos y se explican las normas que debe seguir y las restricciones a su cobertura en el caso de determinados medicamentos.
 - Si tiene alguna pregunta sobre las normas o restricciones, llame al Servicio para Afiliados (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto).

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- **Información sobre los motivos por los que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
 - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto o si hay alguna restricción en la cobertura, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
 - Si no está satisfecho o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D están cubiertos para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Nos puede pedir que cambiemos la decisión mediante una apelación. Para obtener más información sobre qué debe hacer si algo no tiene cobertura en la manera en que usted considera debe tenerla, consulte el Capítulo 9 de este folleto. En él se brindan detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que modifiquemos nuestra decisión. (En el Capítulo 9 se describe también cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras cuestiones).
 - Si desea solicitar que nuestro plan pague la parte que le corresponde de una factura que recibió por atención médica o por un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención**Usted tiene derecho a conocer las opciones de tratamiento y participar en las decisiones con respecto a su atención de la salud**

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando busca atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento *de manera que usted pueda comprenderlo*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención de la salud. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Conocer todas las opciones.** Esto significa que usted tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, independientemente del costo o de si están cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a saber acerca de cualquier riesgo relacionado con la atención que recibe. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Obviamente, si rechaza el tratamiento o deja de tomar el medicamento, usted acepta toda la responsabilidad de los problemas que esto pueda generarle a su cuerpo como consecuencia.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura de su atención.** Usted tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor le niega la atención que usted cree que debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá pedirnos una decisión de cobertura. En el Capítulo 9 de este folleto, se describe cómo solicitar a nuestro plan una decisión de cobertura.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí solo**

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención de la salud 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. Es decir que, *si lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Llenar un formulario escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no pueda tomarlas por su propia cuenta.
- **Dar instrucciones escritas a sus médicos** sobre cómo desea que manejen su atención médica si queda incapacitado para tomar decisiones por su propia cuenta.

Los documentos legales que puede utilizar para dar instrucciones por anticipado en estas situaciones se denominan “**directivas anticipadas**”. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos denominados “**testamento en vida**” y “**poder de representación para la atención de la salud**” son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea utilizar una “directiva anticipada” para dar instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Si desea proporcionar directivas anticipadas, puede solicitar el formulario a su abogado, a un trabajador social o en algunas librerías comerciales. A veces, se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede ponerse en contacto con Servicio para Afiliados para solicitar los formularios (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto).
- **Complételo y fírmelo.** Sin importar de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas adecuadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que designe en el formulario para tomar decisiones por usted en caso de que usted no pueda hacerlo. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o familiares también. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si sabe que deberá ser hospitalizado y ha firmado directivas anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- Si se hospitaliza, se le preguntará si ha firmado un formulario de directiva anticipada y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles, y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, usted elige si completa una directiva anticipada o no (incluso si desea firmarla cuando esté en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no una directiva anticipada.

¿Qué sucede si no se respetan sus instrucciones?

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no ha seguido las instrucciones de la misma, puede presentar una queja ante la Agencia para la Administración de la Atención de la Salud de Florida.

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

Si tiene problemas o inquietudes acerca de su atención o los servicios cubiertos, consulte qué debe hacer en el Capítulo 9 de este folleto. Allí se proporcionan los detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

y reclamos. Lo que debe hacer para el seguimiento de un problema o una inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar un reclamo. Sin importar lo que haga (pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar un reclamo) **tenemos la obligación de tratarlo de manera imparcial**.

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información acerca de las apelaciones y los reclamos que otros afiliados han presentado contra nuestro plan anteriormente. Para obtener esta información, llame al Servicio para Afiliados (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?**Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

Si cree que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos por motivos de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, grupo étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe comunicarse con la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos, al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697 o con la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Se trata de otras cuestiones?

Si considera que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos, y esto *no* se debe a discriminación, puede obtener ayuda para resolver su problema:

- Puede **llamar al Servicio para Afiliados** (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico**. Para obtener más detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Existen varios lugares en los que puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar al Servicio para Afiliados** (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para consultar o descargar la publicación "Medicare Rights & Protections" (Derechos y Protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas obligaciones como afiliado del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus obligaciones?

Lo que tiene que hacer como afiliado del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame al Servicio para Afiliados (en el dorso de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono). Estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Use este folleto de *Evidencia de Cobertura* para conocer qué está cubierto para usted y las normas que debe seguir para recibir los servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4, se brindan detalles sobre los servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas a seguir y el monto que debe pagar.
 - En los Capítulos 5 y 6 se brindan detalles acerca de la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si usted cuenta con otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe informarnos.** Llame a Servicio para Afiliados para informarnos (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto).
 - Debemos seguir las normas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted utiliza toda su cobertura conjunta en el momento de obtener sus servicios cubiertos mediante nuestro plan. Esto se llama “**coordinación de beneficios**” porque implica la coordinación de los beneficios de salud y los medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos a su disposición. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1, Sección 10).
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Colabore para que sus médicos y otros proveedores puedan ayudarlo brindándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención.**
 - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de atención le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y proporcíóneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma, incluidos los de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta que recibió, pregunte nuevamente.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros afiliados respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como afiliado del plan, usted es responsable de efectuar los siguientes pagos:
 - Debe pagar las primas de su plan para continuar siendo miembro de nuestro plan
 - Para ser elegible a nuestro plan, debe tener Medicare Parte A y Medicare Parte B. Algunos afiliados del plan deben pagar una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- afiliados del plan deben pagar una prima por la Parte B de Medicare para permanecer como miembro del plan.
- Para obtener la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo en el momento de adquirir el servicio o el medicamento. Se trata de un copago (un monto fijo) o de un coseguro (un porcentaje del costo total). En el Capítulo 4, se explica lo que debe pagar por los servicios médicos. En el Capítulo 6 se le indica cuánto debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
 - Si obtiene servicios médicos o medicamentos que nuestro plan o cualquier otro seguro que usted tenga no cubren, deberá pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener más información sobre cómo presentar una apelación.
 - Si se le exige pagar una multa por inscripción tardía, deberá pagarla para mantener su cobertura de medicamentos.
 - Si está obligado a pagar la cantidad extra de la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar la cantidad extra directamente al gobierno.
- **Infórmenos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos lo comunique de inmediato. Puede llamar al Servicio para Afiliados (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).
 - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (En el Capítulo 1 se informa cuál es nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se mudará fuera de nuestra área de servicio. Si se va de nuestra área de servicio, dispondrá de un periodo especial de inscripción en el que podrá inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos informarle si contamos con algún plan en la nueva área.
 - **Incluso si se muda dentro del área de servicio, debemos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de afiliación y para saber cómo comunicarnos con usted.
 - Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria). Puede encontrar los números de teléfono e información de contacto para estas organizaciones en el Capítulo 2.
 - **Llame a Servicio para Afiliados para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pudiera tener para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono y los horarios para llamar al Servicio para Afiliados están impresos en el dorso de este folleto.
 - Para obtener más información sobre cómo contactarnos, incluida nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

*Qué hacer si tiene un problema
o reclamo (decisiones de cobertura,
recursos, quejas)*

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

SECCIÓN 1	Introducción.....	141
Sección 1.1	Qué hacer si tiene un problema o una inquietud.....	141
Sección 1.2	Acerca de los términos legales.....	141
SECCIÓN 2	Puede recibir ayuda de organizaciones gubernamentales no vinculadas con nosotros.....	141
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	141
SECCIÓN 3	Para tratar su problema, ¿qué proceso debería utilizar?	142
Sección 3.1	¿Debe seguir el procedimiento para decisiones sobre la cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar reclamos?	142
DECISIONES SOBRE LA COBERTURA Y APELACIONES.....		143
SECCIÓN 4	Una guía de los aspectos básicos de las decisiones sobre la cobertura y las apelaciones.....	143
Sección 4.1	Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: aspectos generales.....	143
Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación.....	144
Sección 4.3	¿En qué sección de este capítulo se brindan detalles sobre su situación?	145
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	145
Sección 5.1	En esta sección, se explica qué debe hacer si tiene problemas para obtener la cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de la atención que recibe.....	145
Sección 5.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar que nuestro plan autorice o brinde la cobertura de atención médica que desea)	147
Sección 5.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)	150
Sección 5.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2	152
Sección 5.5	¿Qué ocurre si nos pide que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica?.....	154
SECCIÓN 6	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	155
Sección 6.1	En esta sección, se explica qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D	156
Sección 6.2	¿Qué es una excepción?.....	157
Sección 6.3	Cuestiones importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones.....	159
Sección 6.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción	159
Sección 6.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de la decisión de cobertura tomada por nuestro plan)	162
Sección 6.6	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2	164

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

SECCIÓN 7	Cómo solicitar que cubramos una hospitalización más extensa si cree que el médico le está dando el alta demasiado pronto	166
Sección 7.1	Durante la hospitalización, recibirá una notificación escrita de Medicare que le informa sobre sus derechos	167
Sección 7.2	Paso a paso: Cómo puede presentar una apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital.....	168
Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital.....	170
Sección 7.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una Apelación de Nivel 1?	171
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que prolonguemos la cobertura de ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto	173
Sección 8.1	<i>En esta sección se tratan solo tres servicios: Atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)</i>	173
Sección 8.2	Le avisaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura.....	174
Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo	174
Sección 8.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para que el plan cubra su atención por más tiempo	176
Sección 8.5	¿Qué sucede si vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?	177
SECCIÓN 9	Cómo elevar su apelación al Nivel 3 y a niveles superiores	179
Sección 9.1	Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de servicios médicos.....	179
Sección 9.2	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D	181
PRESENTACIÓN DE RECLAMOS	182
SECCIÓN 10	Cómo presentar un reclamo sobre la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera, el Servicio de Atención al Cliente u otras inquietudes	182
Sección 10.1	¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de reclamos?	182
Sección 10.2	La manera formal de referirse a la “presentación de un reclamo” es “presentar una queja”.....	183
Sección 10.3	Paso a paso: Cómo presentar un reclamo	183
Sección 10.4	También puede presentar reclamos sobre la calidad del cuidado médico ante la Organización para la Mejora de la Calidad	184
Sección 10.5	También puede informarle a Medicare sobre su reclamo.....	185

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo, se explican dos tipos de procesos para tratar los problemas y las inquietudes:

- Para ciertos problemas, deberá utilizar el **procedimiento para decisiones sobre la cobertura y apelaciones**.
- Para otro tipo de problemas, debe utilizar el **procedimiento para presentar reclamos**.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y el manejo eficiente de sus problemas, cada procedimiento tiene un conjunto de normas, procesos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

¿Qué procedimiento debe usar? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso adecuado a llevar a cabo.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, los procedimientos y los tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, en este capítulo se explican las normas y procedimientos legales con palabras más sencillas en lugar de ciertos términos jurídicos. Por ejemplo, este capítulo por lo general dice "presentar un reclamo" en vez de "presentar una queja formal", o "decisión de cobertura" en vez de "determinación de organización" o "determinación sobre la cobertura" o "determinación de riesgo" y "Organización de Revisión Independiente" en vez de "Entidad de Revisión Independiente". También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede resultarle útil (y, a veces, es bastante importante) conocer los términos legales correctos para la situación en la que se encuentre. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad y precisión cuando quiera tratar algún problema y obtener la ayuda o la información adecuada para usted. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Puede recibir ayuda de organizaciones gubernamentales no vinculadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

A veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene energía suficiente. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento necesario para dar el siguiente paso.

Solicite ayuda a una organización gubernamental independiente

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Pero, en algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. No dude en llamar al **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)**. Este programa gubernamental cuenta con asesores capacitados en todos los estados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan de salud. Los consejeros de este programa pueden ayudarlo a

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecerle ayuda para saber qué debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los consejeros del SHIP son gratuitos. En el Capítulo 2, Sección 3 de este folleto encontrará los números de teléfono.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda con respecto a la resolución de un problema, también puede contactarse con Medicare. Aquí presentamos dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 Para tratar su problema, ¿qué proceso debería utilizar?

Sección 3.1 ¿Debe seguir el procedimiento para decisiones sobre la cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar reclamos?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La guía a continuación le ayudará.

Para saber qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o preocupación específica, **COMIENCE AQUÍ**

¿Su problema o inquietud se relaciona con sus beneficios o su cobertura?

(Esto incluye problemas relacionados con determinar si se cubren ciertos medicamentos recetados o cierta atención médica, de qué forma se cubren y problemas relacionados con el pago de los medicamentos recetados o de la atención médica).

Sí. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, “Una guía de los aspectos básicos de las decisiones sobre la cobertura y las apelaciones”**.

No. Mi problema no se refiere a los beneficios ni a la cobertura.

Pase a la **Sección 10** al final de este capítulo: **“Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio de Atención al Cliente u otras inquietudes”**.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, recursos, reclamos)**DECISIONES SOBRE LA COBERTURA Y APELACIONES****SECCIÓN 4 Una guía de los aspectos básicos de las decisiones sobre la cobertura y las apelaciones****Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: aspectos generales**

El proceso de las decisiones de cobertura y las apelaciones se ocupa de los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de los servicios médicos y los medicamentos recetados, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el procedimiento que debe seguir para determinar si algo tiene cobertura o no, y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted siempre que recibe atención médica de su parte, o si su médico de la red lo remite a un especialista. Usted o su médico también pueden contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, una solicitud de decisión de cobertura será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se desestimará una solicitud son: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso con la explicación de por qué se ha desestimado la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos, estamos tomando una decisión de cobertura para usted. En algunos casos, es posible que decidamos que el servicio o medicamento no está cubierto o que Medicare no se lo cubre más. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho con ella, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Si apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es analizada por revisores distintos de los que tomaron la decisión adversa original. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una decisión acelerada o una “decisión rápida sobre la cobertura”, o una apelación rápida de una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se desestimará una solicitud son: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación, le enviaremos una notificación

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

con la explicación de por qué se ha desestimado la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si se rechaza parte o la totalidad de su apelación de nivel 1, puede pasar a una apelación de nivel 2. La apelación de Nivel 2 la lleva a cabo una Organización de Revisión Independiente que no está relacionada con nosotros. (En ciertas situaciones, su caso se enviará de manera automática a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2. En otras circunstancias, deberá solicitar una apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación.

Sección 4.2 **Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación**

¿Le gustaría recibir ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos al Servicio para Afiliados** (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto).
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.**
 - Para la atención médica o los medicamentos recetados 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 en el Nivel 1, automáticamente se elevará al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
 - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro médico que receta puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 o 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico u otro médico que recete debe ser designado como su representante.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante”, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
 - Si quiere que un amigo, un pariente, su médico u otro médico que recete, u otra persona sea su representante, llame a Servicio para Afiliados (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto) y pida el formulario de “Designación de Representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.healthsun.com). El formulario le otorga a esa persona la autorización para actuar en su nombre. Usted y la persona que desea que actúe en su nombre deben firmar el formulario. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe en su nombre.** Puede comunicarse con su abogado o solicitar que le recomienden uno en el colegio de abogados local u otro servicio de remisiones. También hay grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos. Sin embargo, **no es necesario que contrate a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se brindan detalles sobre su situación?

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más larga si cree que el médico le da el alta demasiado pronto”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto” (*Solo se aplica a estos servicios: cuidado médico en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF]*)

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame a Servicio para Afiliados (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto). También puede obtener ayuda o información de las organizaciones gubernamentales, tales como SHIP (el Capítulo 2, Sección 3, de este folleto tiene los números de teléfono de este programa).

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía de los “aspectos básicos” de las decisiones sobre la cobertura y apelaciones*)? Si aún no lo hizo, le conviene leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 5.1 En esta sección, se explica qué debe hacer si tiene problemas para obtener la cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de la atención que recibe

En esta sección se describen sus beneficios de servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*. Para simplificar, en general, hablaremos de “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez “atención médica, tratamiento o servicios”. El término “atención médica” engloba los artículos y servicios médicos, así como los medicamentos recetados de Medicare Parte B. En algunos casos, se aplican normas distintas a las solicitudes de medicamentos recetados de la Parte B. En estos casos, explicaremos cómo las normas que se aplican a los medicamentos recetados de la Parte B difieren de aquellas que se aplican a los artículos y servicios médicos.

En esta sección se indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. No está recibiendo cierta atención médica que desea y cree que esta atención está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico quiere darle, y usted cree que esta atención está cubierta por el plan.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

3. Ha recibido atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan, pero le hemos dicho que no pagaremos esa atención.
4. Ha recibido y pagado una atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan, y quiere pedirle a nuestro plan que le reembolse esa atención.
5. Le han dicho que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo (que nosotros aprobamos previamente) va a reducirse o suspenderse, y usted cree que esa reducción o suspensión podrían perjudicar su salud.

NOTA: Si la cobertura que será suspendida es para atención para pacientes hospitalizados, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer una sección separada de este capítulo porque para estos tipos de atención aplican normas especiales.

Esto es lo que debe leer en tales situaciones:

- Capítulo 9, Sección 7: *Cómo pedirnos que cubramos una estancia hospitalaria más larga si cree que el médico le da el alta demasiado pronto.*
- Capítulo 9, Sección 8: *Cómo solicitar que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto.* Esta sección se refiere solo a tres servicios: cuidado médico en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada y los servicios de CORF.

Para *todas las demás* situaciones en las que se le haya dicho que la atención médica que ha estado recibiendo será suspendida, consulte esta sección (Sección 5) como su guía sobre lo que tiene que hacer.

¿En cuáles de las siguientes situaciones se encuentra?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Cómo determinar si vamos a cubrir la atención médica que usted quiere.	Puede solicitar que tomemos una decisión sobre la cobertura por usted. Pase a la siguiente sección de este capítulo, la Sección 5.2 .
Si ya le hemos dicho que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma que usted quisiera.	Puede presentar una apelación . (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Consulte la Sección 5.3 de este capítulo.
Si quiere pedirnos que le reembolsemos por atención médica que ya recibió y por la que pagó.	Puede enviarnos la factura. Consulte la Sección 5.5 de este capítulo.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar que nuestro plan autorice o brinde la cobertura de atención médica que desea)

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura tiene que ver con su atención médica, se llama “**determinación de la organización**”.

Paso 1: Usted pide al plan que tome una decisión de cobertura para la atención médica que usted necesita. Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitarnos que tomemos una “**decisión rápida sobre la cobertura**”.

Términos legales

Una “decisión rápida sobre la cobertura” se llama “**determinación acelerada**”.

Cómo solicitar cobertura para la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para realizar la solicitud a fin de que autoricemos o proveamos la cobertura de la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo.
- Para obtener más detalles sobre cómo contactarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque el tema titulado *Cómo contactarnos cuando solicite una decisión de cobertura sobre su atención médica*.

Por lo general, utilizamos los plazos estándares para informarle sobre nuestra decisión

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos los plazos “estándares”, a menos que hayamos acordado usar los plazos “rápidos”. **Una decisión estándar sobre la cobertura implica que le brindaremos una respuesta en el transcurso de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud **por un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de Medicare Parte B**, le responderemos en el transcurso de **las 72 horas** posteriores a que hayamos recibido su solicitud.

- **Sin embargo**, para una solicitud **de un artículo o servicio médico podemos tardar hasta 14 días calendario más** si usted pide más tiempo, o si necesitamos información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que pueda beneficiarle. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, no podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Si presenta un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar un reclamo es diferente del procedimiento para decisiones sobre la cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el procedimiento para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

Si su salud así lo requiere, solicítenos que le otorguemos una “decisión rápida sobre la cobertura”.

- **Una decisión rápida sobre la cobertura significa que le responderemos en el transcurso de las 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, le responderemos en el transcurso de las 24 horas.**
 - **Sin embargo**, en el caso de una solicitud **de un artículo o servicio** médico, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si comprobamos que falta alguna información que pueda beneficiarle (como los registros médicos de proveedores fuera de la red) o si necesita tiempo para hacernos llegar la información para la revisión. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, no podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión.
 - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el procedimiento para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura *solo* si está solicitando cobertura para atención médica que *todavía no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura si su solicitud es sobre el pago de atención médica que ya ha recibido).
 - *Solo* puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura si, al utilizar los plazos estándares, se podría *ocasionar daño grave a su salud o perjudicar su capacidad funcional*.
- **Si su médico nos dice que su salud exige una “decisión rápida sobre la cobertura”, aceptaremos automáticamente proporcionarle una decisión rápida sobre la cobertura.**
- Si usted nos solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta y sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud exige que tomemos una decisión rápida sobre la cobertura.
 - En caso de que decidamos que su condición médica no reúne los requisitos para una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta con nuestra explicación (y utilizaremos, en cambio, los plazos estándares).
 - En la carta se le explicará que, si su médico solicita la decisión rápida sobre la cobertura, automáticamente se la proporcionaremos.
 - La carta también le indicará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el procedimiento para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Evaluaremos su solicitud de cobertura de atención médica y le daremos una respuesta.

Plazos para una “decisión rápida sobre la cobertura”

- En general, para una decisión rápida sobre la cobertura de una solicitud de un artículo o servicio médico, le responderemos **en el transcurso de las 72 horas**. Si su solicitud es para un

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

medicamento recetado de Medicare Parte B, le responderemos **en el transcurso de las 24 horas**.

- Como se explica anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales en determinadas circunstancias. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, no podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión.
 - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Si presenta un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el procedimiento para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo).
 - Si no respondemos en el transcurso de las 72 horas (o si hay un periodo extendido, al final de ese periodo) o 24 horas si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B, tiene derecho a presentar una apelación. En la Sección 5.3 a continuación se explica cómo presentar una apelación.
- **Si rechazamos, en todo o en parte, su solicitud**, le enviaremos una explicación detallada por escrito con los motivos del rechazo.

Plazos para una “decisión de cobertura estándar”

- En general, para una decisión de cobertura estándar de una solicitud de un artículo o servicio médico, le responderemos **en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, le daremos una respuesta **en el transcurso de las 72 horas** posteriores a que recibamos su solicitud.
 - Para una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (“periodo extendido”) en determinadas circunstancias. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, no podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión.
 - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Si presenta un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el procedimiento para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo).
 - Si no le damos la respuesta en el transcurso de 14 días calendario (o si hay un periodo extendido, al final de ese periodo) o en 72 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de Parte B, usted tiene derecho a presentar una apelación. En la Sección 5.3 a continuación se explica cómo presentar una apelación.
- **Si rechazamos, en todo o en parte, su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito con los motivos del rechazo.

Paso 3: Si nuestro plan rechaza su solicitud de cobertura de atención médica, usted decidirá si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos la decisión y, tal vez, cambiarla mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de la atención médica que quiere.
- Si decide presentar una apelación, usted pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 más adelante).

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina “**reconsideración**” del plan.

Paso 1: Contáctenos y presente su apelación. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe pedir una “**apelación rápida**”.

Qué debe hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben contactarnos.** Para conocer más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por propósitos relacionados con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada *Cómo contactarnos cuando presenta una apelación sobre su atención médica*.
- **Para solicitar una apelación estándar, presente la apelación enviando una solicitud escrita.** Para solicitar una apelación, también puede llamarnos al número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo contactarnos cuando presenta una apelación sobre su atención médica*).
 - Si un tercero, que no sea su médico, está apelando nuestra decisión, debe adjuntar el formulario de “Nombramiento de un representante” en el que autoriza a esta persona a representarlo. Para obtener el formulario, llame a Servicio para Afiliados (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto) y solicite el formulario de “Designación de Representante”. El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.healthsun.com. Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos iniciar o completar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario en el plazo de los 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si es así, le enviaremos un aviso por escrito en la que se explicará su derecho a pedir que una Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **Para solicitar una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos** al número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo contactarnos cuando presenta una apelación sobre su atención médica*).
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de los 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si no pudo cumplir con este plazo y tiene una justificación razonable para ello, explique la razón de la demora al presentar su apelación. Es posible que le concedamos más tiempo para presentar la apelación. Un buen motivo para no cumplir con el plazo puede ser, por ejemplo, una enfermedad grave que le impidió contactarnos, o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica y añadir más información para apoyar su apelación.**
 - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información que tenemos en relación con su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden proporcionarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede hacer la solicitud por teléfono).

Términos legales
Una “apelación rápida” también se llama una “ reconsideración acelerada ”.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre cobertura de atención que todavía no recibió, usted y/o su médico tendrá que decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida sobre la cobertura”. Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una decisión rápida sobre la cobertura. (Estas instrucciones fueron dadas anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud exige una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.

Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, volvemos a examinar cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Verificamos si respetamos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico para solicitar más información.

Plazos para una “apelación rápida”

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, no podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión.
 - Si no le damos una respuesta en el transcurso de las 72 horas (o hacia el final del periodo extendido si es que tomamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en el que una Organización de Revisión Independiente revisará su solicitud. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización y explicamos qué sucede en el nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos, en todo o en parte, su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos brindar en el plazo de las 72 horas después de haber recibido su apelación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

- **Si rechazamos, en todo o en parte, su solicitud**, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de nivel 2.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta a su solicitud de un artículo o servicio médico **en el transcurso de los 30 días calendario** después de que recibamos su apelación si es que está relacionada con la cobertura de servicios que aún no recibió. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B que aún no ha recibido, le responderemos **en el transcurso de los 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le informaremos sobre nuestra decisión antes si su afección médica lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, no podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión.
 - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Si presenta un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el procedimiento para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo).
 - Si no le damos una respuesta en el plazo indicado anteriormente (o al final del periodo extendido si nos tomamos días adicionales en su solicitud de un artículo o servicio médico), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado en el transcurso de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **en el transcurso de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si rechazamos, en todo o en parte, su solicitud**, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando dijimos que no a su recurso, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelación, que es el Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2

Si decimos que no a su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación. Durante la apelación del Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente**

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

revisa nuestra decisión de su primera apelación. Esta organización decide si se debe modificar la decisión que tomamos.

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces se la denomina “**IRE**”.

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa la apelación.

- La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no tiene ninguna vinculación con nosotros ni es una agencia gubernamental. Es una compañía que seleccionó Medicare para encargarse del trabajo de actuar como la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitar una copia del expediente del caso.**
- Tiene derecho a proporcionarle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente examinarán detenidamente toda la información vinculada con su apelación.

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

- Si hizo una apelación rápida a nuestro plan en el nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida de nivel 2. La organización de revisión debe dar una respuesta a su apelación de nivel 2 **en el plazo de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que puede beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más**. La Organización de Revisión Independiente no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

Si tuvo una “apelación estándar” en el Nivel 1, también tendrá una “apelación estándar” en el Nivel 2

- Si presentó una apelación estándar de nuestro plan en el nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar de nivel 2. Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **en el transcurso de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **en el transcurso de los 7 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que puede beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más**. La Organización de Revisión Independiente no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le brinda una respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la organización de revisión responde afirmativamente a una parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el transcurso de las 72 horas o prestar el servicio en el transcurso de los 14 días calendario a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándar o en el transcurso de las 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión para las solicitudes aceleradas.
- **Si la organización de revisión responde afirmativamente a una parte o a la totalidad de una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o suministrar el medicamento recetado de la Parte B en disputa en el transcurso de las **72 horas** a partir de la recepción de la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándar** o en el transcurso de las **24 horas** a partir de la fecha de recepción de la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama “confirmación de la decisión”. También se le llama “rechazar la apelación”).
 - Si la Organización de Revisión Independiente “confirma la decisión”, usted tiene derecho a presentar una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita debe alcanzar un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión del Nivel 2 es definitiva. La notificación escrita que reciba de la Organización de Revisión Independiente le indicará cómo averiguar el monto en dólares para continuar con el proceso de apelación.

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

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del nivel 2 (con un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su apelación de nivel 2 y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, tiene que decidir si desea continuar al nivel 3 y presentar una tercera apelación. Se explica en detalle cómo puede hacer esto en el aviso por escrito que recibe tras su apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 5.5	¿Qué ocurre si nos pide que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica?
--------------------	--

Si quiere solicitarnos el pago de la atención médica, empiece por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7 se describen las situaciones en las que puede tener que solicitar un reembolso

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

o pagar una factura que ha recibido de un proveedor. También se explica cómo nos puede enviar documentación para solicitar el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión sobre la cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que ha pagado es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Cuadro de beneficios médicos [qué está cubierto y qué debe pagar]*). También comprobaremos si ha seguido todas las normas para utilizar su cobertura para la atención médica (estas normas se indican en el Capítulo 3 de este folleto: *Utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica que usted pagó está cubierta, y si respetó todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo por la atención médica que recibió en el plazo de los 60 días calendario de haber recibido su solicitud. O, si no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo a decir que *sí* a su solicitud de decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* respetó todas las normas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos por los servicios y explicarle en detalle los motivos de nuestra decisión. (Cuando rechazamos su solicitud de pago, es lo mismo a decir que *no* a su solicitud de decisión de cobertura).

¿Qué sucede si solicita un pago y le informamos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que modifiquemos la decisión de cobertura que tomamos al denegar su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Consulte esta sección para encontrar instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta:

- Si presenta una apelación de reembolso, debemos darle una respuesta en el transcurso de los 60 días calendario después de haber recibido su apelación. (Si nos solicita que reembolsemos la atención médica que ya recibió y por la que pagó, no puede solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de denegar el pago, debemos enviarle el pago que ha solicitado a usted o al proveedor en el transcurso de los 30 días calendario. Si se decide aprobar su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía de los “aspectos básicos” de las decisiones sobre la cobertura y apelaciones*)? Si aún no lo hizo, le conviene leerla antes de comenzar con esta sección.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

Sección 6.1 En esta sección, se explica qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios que tiene por ser afiliado de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Consulte la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para tener cobertura, el medicamento debe usarse para una indicación aceptada desde el punto de vista médico. (Una “indicación aceptada desde el punto de vista médico” es un uso del medicamento que está autorizado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o apoyado por ciertas obras de referencia. (Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información sobre la indicación médicamente aceptada).

- **En esta sección se trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, en el resto de la sección en general decimos “medicamento”, en vez de repetir “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D”.
- Para obtener más información sobre lo que entendemos por medicamentos de la Parte D, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*, las normas y restricciones de la cobertura y la información sobre los costos, consulte el Capítulo 5 (*Utilización de la cobertura de nuestro plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Decisiones de cobertura y apelaciones sobre la Parte D

Tal como se explicó en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales

La decisión de cobertura inicial de medicamentos de la Parte D se denomina “**determinación sobre la cobertura**”.

A continuación se mencionan ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos solicita que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, lo que incluye:
 - Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan
 - Pedirnos que no apliquemos una restricción sobre la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que usted puede obtener).
 - Pedirnos pagar un monto de participación en el costo más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de distribución de costos más elevado.
- Usted nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted y si usted cumple con las normas de cobertura aplicables. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos [Formulario]* del plan, pero le pedimos que obtenga nuestra aprobación antes de que se lo cubramos).
 - *Tenga en cuenta lo siguiente:* Si su farmacia le dice que no puede venderle su medicamento tal como se indica en la receta, la farmacia le brindará un aviso por escrito para explicarle cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

- Nos pide que paguemos un medicamento recetado que usted ya compró. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura con respecto al pago.

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

En esta sección, se le explica cómo puede solicitar decisiones de cobertura y presentar una apelación. Utilice la siguiente tabla para determinar qué parte contiene información para su situación:

¿En cuáles de las siguientes situaciones se encuentra?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no figura en nuestra lista de medicamentos o necesita que omitamos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience por la Sección 6.2 de este capítulo.
Si desea que cubramos un medicamento de nuestra lista de medicamentos y considera que cumple con las normas o restricciones (p. ej., obtener aprobación previa) para obtener el medicamento que necesita.	Puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección 6.4 de este capítulo.
Si quiere pedirnos que reembolsemos un medicamento que ya recibió y por el que pagó.	Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Consulte la Sección 6.4 de este capítulo.
Si ya le hemos dicho que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted quisiera.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Consulte la Sección 6.5 de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si cierto medicamento no está cubierto de la forma que usted quisiera, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. De forma similar a los otros tipos de decisiones de cobertura, si denegamos su solicitud de una excepción, usted puede apelar nuestra decisión.

Cuando pide una excepción, su médico u otro médico que receta tendrá que explicar los motivos médicos por los que usted necesita que se apruebe la excepción. Luego, consideraremos su solicitud. A continuación, se describen tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro emisor de recetas pueden solicitarnos:

- Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no está en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*.** (La denominamos “lista de medicamentos” para abreviar).

Términos legales

Solicitar cobertura de un medicamento que no está en la lista de medicamentos se denomina a veces “**excepción al formulario**”.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no figura en la lista de medicamentos, usted deberá pagar el monto de los costos compartidos que se aplica a los medicamentos del Nivel cuatro (4). No puede pedir una excepción al monto de copago o coseguro que requerimos que pague por el medicamento.

2. Eliminación de una restricción sobre nuestra cobertura para un medicamento cubierto. Hay normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, vaya al Capítulo 5 y busque la Sección 4).

Términos legales

Solicitar que se elimine una restricción en la cobertura de un medicamento se denomina a veces una “**excepción al formulario**”.

- Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de determinados medicamentos incluyen lo siguiente:
 - *Tener que utilizar la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - *Obtener la aprobación del plan con anticipación* antes de que aceptemos cubrirle el medicamento. (Esto a veces se llama “autorización previa”).
 - *Tener que probar primero un medicamento diferente* antes de que aceptemos cubrirle el medicamento que está solicitando. (Esto a veces se llama “terapia escalonada”).
 - *Límites de cantidad.* En el caso de algunos medicamentos, existen restricciones en la cantidad del medicamento que usted puede adquirir.
- Si aceptamos hacer una excepción y renunciar una restricción por usted, puede solicitar una excepción en el monto de copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de distribución de costos más bajo. Cada medicamento de nuestra lista de medicamentos se encuentra en uno de los seis (6) niveles de distribución de costos. En general, cuanto más bajo es el número del nivel de distribución de costos, menos deberá pagar como su parte del costo del medicamento.

Términos legales

Solicitar pagar un precio inferior por un medicamento cubierto no preferido a veces se denomina solicitar una “**excepción a nivel de cobertura**”.

- Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de distribución de costos inferior que el de su medicamento, puede solicitarnos cubrir su medicamento en el monto de costos compartidos que se aplique al medicamento alternativo. Así, se reduciría su parte del costo del medicamento.
 - Si el medicamento que toma es un producto biológico, puede solicitarnos cubrir su medicamento en el monto de costos compartidos que se aplique al nivel más bajo que contenga productos biológicos alternativos para tratar su afección.
 - Si el medicamento que toma es uno de marca, puede solicitarnos cubrir su medicamento en el monto de costos compartidos que se aplique al nivel más bajo que contenga medicamentos alternativos de marca para tratar su afección.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

- Si el medicamento que toma es uno genérico, puede solicitarnos cubrir su medicamento en el monto de costos compartidos que se aplique al nivel más bajo que contenga alternativas de marca o genéricas para tratar su afección.
- No puede pedirnos que modifiquemos el nivel de distribución de costos de ningún medicamento del Nivel cinco (5) (“Medicamentos especializados”).
- Si aceptamos su solicitud de una excepción a nivel de cobertura y existen varios niveles de distribución de costos mínimos con medicamentos alternativos que puede tomar, por lo general pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Cuestiones importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe comunicarnos las razones médicas

Su médico u otro médico que receta nos debe enviar una declaración donde se expliquen los motivos médicos por los que pide la excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro médico que receta cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección específica. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo tuviera la misma efectividad que el medicamento que está solicitando y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos la excepción que solicita. Si nos solicita una excepción a nivel de cobertura, en general, no aprobaremos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos en el nivel de distribución de costos más bajo no le den resultados o exista la posibilidad de que provoquen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

Si aceptamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación en general es válida hasta el final del año del plan. Esto es así en tanto su médico continúe recetando el medicamento para usted y el medicamento siga siendo seguro y efectivo para tratar su afección.

En caso de que rechacemos su solicitud de excepción, usted puede solicitar una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. En la Sección 6.5 se explica cómo presentar una apelación si decimos que no.

En la próxima sección, se indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Paso 1: Usted nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre el medicamento o el pago que necesita. Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitarnos que tomemos una “decisión rápida sobre la cobertura”. No puede pedir una decisión rápida sobre la cobertura si nos está solicitando que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.

Qué debe hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que quiera.** Comience por llamarnos, escribarnos o enviarnos un fax para hacer su solicitud. Esto lo pueden hacer usted, su representante o su médico (u otro médico que receta). También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección titulada *Cómo contactarnos cuando solicita una decisión de cobertura de medicamentos*

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

*recetados de la Parte D. O si nos pide que le devolvamos el dinero de un medicamento, vaya a la sección llamada **Dónde enviar una solicitud de pago de nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que ha recibido.***

- **Usted, su médico o quien actúe en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. En la Sección 4 de este capítulo se explica cómo puede otorgar un permiso por escrito para que otra persona lo represente. También puede elegir a un abogado para que actúe en su nombre.
- **Si quiere pedirnos que le reembolsemos un medicamento**, empiece por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos.* En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las que es posible que necesite solicitar un reembolso. Además, se explica cómo enviar la documentación para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento que usted ha pagado.
- **Si está solicitando una excepción, envíe la “declaración justificadora”.** Su médico u otro médico que receta deben darnos las razones médicas por las que necesita la excepción de medicamentos que está pidiendo. (A esto lo denominamos la “declaración justificadora”). Su médico u otro médico que receta puede enviarnos la declaración por correo o por fax. O bien, su médico u otro médico que receta nos puede dar los motivos por teléfono y luego enviar una declaración por escrito por correo o por fax si es necesario. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el Modelo de Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura de los CMS o en el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web.

Términos legales

Una “decisión rápida sobre la cobertura” se denomina “**determinación de cobertura acelerada**”.

Si su salud así lo requiere, solicítenos que le otorguemos una “decisión rápida sobre la cobertura”.

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos los plazos “estándares”, a menos que hayamos acordado usar los plazos “rápidos”. Una decisión estándar sobre la cobertura significa que le responderemos en el transcurso de las 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico. Una decisión rápida sobre la cobertura significa que le responderemos en el transcurso de las 24 horas después de que recibamos la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura *únicamente* si está solicitando un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya ha comprado).
 - *Solo* puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura si, al utilizar los plazos estándares, se podría *ocasionar daño grave a su salud o perjudicar su capacidad funcional*.
- **Si su médico u otro emisor de recetas nos dice que su salud exige una “decisión rápida sobre la cobertura”, aceptaremos de manera automática concederle una decisión rápida sobre la cobertura.**

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

- Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta (sin el apoyo de su médico u otro médico que receta), decidiremos si su estado de salud requiere que le brindemos una decisión rápida sobre la cobertura.
 - En caso de que decidamos que su condición médica no reúne los requisitos para una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta con nuestra explicación (y utilizaremos, en cambio, los plazos estándares).
 - En esta carta le explicaremos que si su médico u otro médico que receta solicita una decisión rápida sobre la cobertura, se la brindaremos automáticamente.
 - En la carta también se le indicará cómo puede presentar un reclamo sobre nuestra decisión de concederle una decisión estándar sobre la cobertura en vez de la solicitud de decisión rápida sobre la cobertura que solicitó. Le informa cómo presentar un “reclamo rápido”, es decir, una respuesta a su reclamo en el transcurso de las 24 horas de haberlo recibido. (El proceso para presentar un reclamo es diferente del procedimiento para decisiones sobre la cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el procedimiento para presentar reclamos, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Evaluamos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazos para una “decisión rápida sobre la cobertura”

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **dentro de 24 horas**.
 - En general, esto significa dentro de las 24 horas después de que recibamos su solicitud. Si está pidiendo una excepción, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas después de que recibamos la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le daremos nuestra respuesta más pronto si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos de esta organización de la revisión y explicaremos lo que ocurre en el Nivel de Apelación 2.
- **Si aceptamos, en todo o en parte, su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que la respalde.
- **Si rechazamos, en todo o en parte, su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito donde se expliquen los motivos de nuestro rechazo. También le explicaremos cómo puede apelar esta decisión.

Plazos para una “decisión estándar sobre la cobertura” de un medicamento que todavía no recibió

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **dentro de 72 horas**.
 - En general, esto significa dentro de las 72 horas después de que recibamos su solicitud. Si está pidiendo una excepción, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le daremos nuestra respuesta más pronto si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos de esta organización de la revisión y explicaremos lo que ocurre en el Nivel de Apelación 2.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

- **Si aceptamos su solicitud total o parcialmente:**
 - Si aceptamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos brindar **dentro de las 72 horas** de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que justifique su solicitud.
- **Si rechazamos, en todo o en parte, su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito donde se expliquen los motivos de nuestro rechazo. También le explicaremos cómo puede apelar esta decisión.

Plazos para una “decisión estándar sobre la cobertura” del pago de un medicamento que ya adquirió

- Debemos darle una respuesta **dentro de los 14 días calendario** de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos de esta organización de la revisión y explicaremos lo que ocurre en el Nivel de Apelación 2.
- **Si aceptamos, en todo o en parte, su solicitud,** también debemos realizar el pago dentro de los 14 días calendario de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos, en todo o en parte, su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito donde se expliquen los motivos de nuestro rechazo. También le explicaremos cómo puede apelar esta decisión.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitar una apelación. Presentar una apelación significa que usted nos solicita que reconsideremos (y posiblemente cambiemos) la decisión que hemos tomado.

Sección 6.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de la decisión de cobertura tomada por nuestro plan)
--------------------	---

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se denomina “redeterminación” del plan.

Paso 1: Contáctenos y presente su apelación de nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe pedir una “**apelación rápida**”.

Qué debe hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, médico u otro médico que receta) debe contactarnos.**
 - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por propósitos relacionados con su apelación por teléfono, fax, correo o en nuestro sitio web, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección denominada *Cómo contactarnos cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*.
- **Si desea solicitar una apelación estándar, envíe una solicitud por escrito para presentar la apelación.** También puede solicitar una apelación llamándonos al número de teléfono que aparece en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo contactarnos cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

- **Si solicita una apelación rápida, puede presentarla por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que figura en el Capítulo 2, Sección 1** (*Cómo contactarnos cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*).
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el modelo de formulario de solicitud de determinación de cobertura de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de los 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si no pudo cumplir con este plazo y tiene una justificación razonable para ello, puede que le concedamos más tiempo para presentar la apelación. Un buen motivo para no cumplir con el plazo puede ser, por ejemplo, una enfermedad grave que le impidió contactarnos, o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información sobre su apelación y agregar más información.**
 - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información que tenemos en relación con su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico u otro médico que receta pueden proporcionarnos información adicional para sustentar su apelación.

Términos legales

Una “apelación rápida” también se denomina “**redeterminación acelerada**”.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”.

- Si usted apela una decisión que tomamos acerca de un medicamento que aún no ha adquirido, usted, su médico u otro médico que receta deberán decidir si es necesaria una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que se indican en la Sección 6.4 de este capítulo para obtener una “decisión rápida sobre la cobertura”.

Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a examinar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si respetamos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico u otro médico que receta para solicitar más información.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación**. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud lo requiere.
 - Si no le otorgamos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación, en el que una Organización de Revisión Independiente revisará su apelación. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos, en todo o en parte, su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos brindar en el plazo de las 72 horas de haber recibido su apelación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

- **Si rechazamos, en todo o en parte, su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito donde se expliquen los motivos de nuestro rechazo y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “apelación estándar”

- Cuando aplicamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 7 días calendario** de recibida su apelación para un medicamento que aún no ha recibido. Le informaremos nuestra decisión más pronto si usted todavía no recibió el medicamento y su afección médica así lo exige. Si considera que su salud lo requiere, debería solicitar una “apelación rápida”.
 - Si no le comunicamos la decisión dentro de los 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos su solicitud total o parcialmente:**
 - Si aceptamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos brindar tan pronto como lo requiera su salud, pero **dentro de los 7 días calendario** después de haber recibido su apelación.
 - Si aceptamos hacerle un reembolso por un medicamento que usted ya adquirió, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos, en todo o en parte, su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito donde se expliquen los motivos de nuestro rechazo y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** de haber recibido su solicitud.
 - Si no le comunicamos la decisión en el transcurso de los 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos de esta organización de la revisión y explicaremos lo que ocurre en el Nivel de Apelación 2.
- **Si aceptamos, en todo o en parte, su solicitud,** también debemos realizar el pago dentro de los 30 días calendario de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos, en todo o en parte, su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito donde se expliquen los motivos de nuestro rechazo. También le explicaremos cómo puede apelar esta decisión.

Paso 3: Si rechazamos la apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted decidirá si acepta esta decisión o si continúa con otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, su apelación pasará al nivel 2 del proceso de apelación (consulte a continuación).

Sección 6.6	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2
--------------------	---

Si rechazamos su apelación, usted decidirá si acepta esta decisión o si continúa con otra apelación. Si decide pasar a una apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si se debe modificar la decisión que tomamos.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces se la denomina “**IRE**”.

Paso 1: Para presentar una apelación de nivel 2, usted (o su representante, su médico u otro médico que receta) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de nivel 1, el aviso por escrito que le enviamos contendrá **instrucciones para presentar una apelación de nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. En estas instrucciones se explica quiénes pueden presentar una apelación en el nivel 2, qué plazos se deben cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presenta una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, enviaremos la información que tengamos sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitar una copia del expediente del caso.**
- Tiene derecho a proporcionarle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente hará una revisión de su apelación y le dará una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no tiene ninguna vinculación con nosotros ni es una agencia gubernamental. Es una compañía que seleccionó Medicare para que revise las decisiones que tomamos sobre sus beneficios de la Parte D con nosotros.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente examinarán detenidamente toda la información vinculada con su apelación. La organización le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

Plazos para una “apelación rápida” en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” a la Organización de Revisión Independiente.
- Si la organización de revisión acepta otorgarle una apelación rápida, esta organización debe responder su apelación de nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente aprueba su solicitud total o parcialmente,** debemos brindar la cobertura del medicamento que aprobó la organización de revisión **dentro de las 24 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.

Plazos para una “apelación estándar” en el Nivel 2

- Si presentó una apelación estándar de nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** de haber recibido su apelación si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe responder a su apelación de nivel 2 **dentro de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - **Si la Organización de Revisión Independiente aprueba su solicitud total o parcialmente:**
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, deberemos **brindar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por la organización

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

de revisión **dentro de las 72 horas** de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

- Si la Organización de Revisión Independiente aprueba la solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

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

Si la organización rechaza su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “confirmación de la decisión”. También se le llama “rechazar la apelación”).

Si la Organización de Revisión Independiente “confirma la decisión”, usted tiene derecho a presentar una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando debe cumplir con una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que está solicitando es demasiado bajo, usted no podrá presentar otra apelación y la decisión en el nivel 2 es definitiva. En el aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente, se le comunicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con el requisito, usted puede elegir si desea continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del nivel 2 (con un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su apelación de nivel 2 y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, tiene que decidir si desea continuar al nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, se explica en detalle cómo puede hacerlo en el aviso por escrito que recibió tras su segunda apelación.
- La apelación de nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 7 **Cómo solicitar que cubramos una hospitalización más extensa si cree que el médico le está dando el alta demasiado pronto**

Cuando es admitido en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura de su cuidado hospitalario, incluidas las limitaciones de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día que se vaya del hospital. También ayudarán a coordinar la atención que usted podría necesitar después del alta.

- El día en que abandona el hospital es llamado su “**fecha de alta**”.
- Su médico o el personal del hospital le informarán cuando se haya decidido su fecha de alta.
- Si considera que le están pidiendo que se vaya del hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más extensa, y se tendrá en cuenta su solicitud. En esta sección, se le explica cómo puede solicitarla.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, recursos, reclamos)**Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá una notificación escrita de Medicare que le informa sobre sus derechos**

Durante su hospitalización cubierta, recibirá una notificación escrita denominada *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tengan Medicare reciben una copia de esta notificación siempre que son admitidas en un hospital. Un empleado del hospital (p. ej., un asistente social o un enfermero) debe entregarle este aviso dentro de los dos días próximos a su admisión. Si no recibe el aviso, pídsela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio para Afiliados (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. Lea este aviso con atención y haga preguntas si no lo entiende. Contiene información sobre los derechos que le asisten como paciente de un hospital, incluidos los siguientes:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de esta, según las indicaciones de su médico. Esto incluye el derecho a conocer cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en las decisiones que se tomen sobre su hospitalización y su derecho de saber quién la pagará.
- Dónde informar cualquier preocupación que tenga sobre la calidad de su cuidado hospitalario.
- Su derecho a apelar la decisión del alta si cree que le están dando el alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales

La notificación escrita de Medicare le explica cómo puede **“solicitar una revisión inmediata”**. Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar que se retrase la fecha de alta de modo que se cubra la atención para pacientes hospitalizados durante un periodo más prolongado. (En la Sección 7.2, a continuación, se le explica cómo puede solicitar una revisión inmediata).

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para indicar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Usted, o la persona que actúe en su nombre, debe firmar el aviso. (En la Sección 4 de este capítulo se explica cómo puede otorgar permiso por escrito para que otra persona lo represente).
- Firmar el aviso demuestra *únicamente* que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no contiene su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán su fecha de alta). Firmar el aviso **no implica** que esté aceptando una fecha para el alta.

3. Guarde su copia del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si lo necesita.

- Si firma el aviso con más de dos días de anticipación antes de la fecha en que se va del hospital, recibirá otra copia antes de que se programe su alta.
- Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicio para Afiliados (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo puede presentar una apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante más tiempo, tendrá que usar el proceso de apelación para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que tiene que hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación se explica cada paso de los primeros dos niveles del proceso de apelación.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y respetar los plazos para las cosas que debe hacer.
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio para Afiliados (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto). O llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP), una organización gubernamental que provee asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa la apelación. Controla que su fecha planificada para el alta sea adecuada para usted desde el punto de vista médico.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una “revisión rápida” del alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la Mejora de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que reciben un pago del gobierno federal. Estos especialistas no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a la organización para que controle y ayude a mejorar la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare. Esto incluye la revisión de las fechas de alta del hospital de las personas con Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En la notificación escrita que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*), se indica cómo puede comunicarse con esta organización. (También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto).

Actúe rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad **antes** de irse del hospital y **no después de la medianoche del día de su alta**. (Su “fecha planificada para el alta” es la fecha que se fijó para que se vaya del hospital).
 - Si cumple con este plazo, le permitiremos permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar* mientras espera obtener la decisión sobre su apelación de la Organización para la Mejora de la Calidad.
 - Si *no* cumple con el plazo y decide permanecer en el hospital después de la fecha planificada para el alta, *es posible que deba pagar todos los costos* por el cuidado hospitalario que reciba después de su fecha planificada para el alta.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y usted sigue queriendo apelar, deberá presentar una apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener más detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Solicite una “revisión rápida”

- Debe pedir a la Organización para la Mejora de la Calidad una “revisión rápida” de su alta. Al solicitar una “revisión rápida”, usted le pide a la organización que utilice los plazos “rápidos” para una apelación en lugar de los plazos estándares.

Términos legales

Una “revisión rápida” también se conoce como una “revisión inmediata” o una “revisión acelerada”.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No tiene necesidad de preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también evaluarán su información médica, hablarán con el médico y revisarán la información que el hospital y nosotros le hemos proporcionado.
- Para el mediodía del día posterior a que los revisores informen a nuestro plan de la apelación, también recibirá un aviso por escrito en la que se le indica la fecha planificada para el alta y se le explican los motivos por los que el médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (médicamente adecuado) que sea dado de alta en esa fecha.

Términos legales

Esta explicación por escrito se denomina “**Aviso Detallado del Alta**”. Para obtener una muestra de este aviso, llame a Servicio para Afiliados (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un ejemplo de notificación en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

Paso 3: En el transcurso de un día completo después de obtener toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará una respuesta a su una apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es positiva?

- Si la organización de revisión *acepta* su apelación, **debemos continuar brindando la cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados mientras estos servicios sean necesarios por motivos médicos.**
- Deberá seguir pagando su parte del costo (los deducibles o los copagos, en caso de que se apliquen). Además, es posible que haya limitaciones en los servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que creen que la fecha planificada para el alta es médicamente adecuada. En este caso, **nuestra cobertura de su servicio hospitalario para pacientes hospitalizados finalizará** al mediodía del día *siguiente* a que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé una respuesta sobre su apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide quedarse en el hospital, entonces **puede que tenga que pagar el costo total** del cuidado hospitalario que reciba a partir del mediodía del día después de que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé una respuesta sobre su apelación.

Paso 4: Si se rechaza su apelación de nivel 1, usted decide si desea presentar una nueva apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza la apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha planificada para el alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que continuará con el “nivel 2” del proceso de apelación.

Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital
--------------------	--

Si la Organización para la Mejora de la Calidad ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha planificada para el alta, entonces puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una apelación de nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que examine nuevamente la decisión que tomó sobre su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, puede que tenga que pagar el costo total de su hospitalización después de su fecha planificada para el alta.

A continuación se enumeran los pasos del nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta nueva revisión **en el transcurso de los 60 días calendario** desde que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechaza* su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión únicamente si usted se quedó en el hospital después de la fecha en la que finalizó la cobertura de la atención.

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 volverán a examinar detenidamente toda la información vinculada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario a partir del momento en que se recibe su solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Si la organización de revisión acepta su apelación:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención para pacientes hospitalizados que recibió desde el mediodía de la fecha posterior a que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazara la primera apelación. **Debemos continuar brindando la cobertura por la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados, siempre que sea necesaria por motivos médicos.**

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

- Debe continuar pagando su parte del costo, y es posible que se apliquen limitaciones a su cobertura.

Si la organización de revisión rechaza su apelación:

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomó con respecto a su apelación de nivel 1 y no la modificará. Esto se llama “confirmación de la decisión”.
- En el aviso que reciba, se le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le brindarán detalles sobre cómo puede continuar al próximo nivel de apelación, que está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, tendrá que decidir si quiere llevar su apelación al siguiente nivel, es decir el nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del nivel 2 (con un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de nivel 2, puede elegir si desea aceptar esta decisión o si desea pasar al nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, la apelación es revisada por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.
- En la Sección 9 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una Apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros directamente

Tal como se explicó anteriormente en la Sección 7.2, debe actuar pronto para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para presentar la primera apelación de su alta del hospital (“Pronto” se refiere a antes de que se vaya del hospital y antes de su fecha planificada para el alta, lo que ocurra primero). Si vence el plazo para contactarse con esta organización, hay otra forma de presentar una apelación.

Si presenta la apelación de esta otra manera, *los dos primeros niveles de apelación serán distintos*.

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

Si se vence el plazo para contactar con la Organización para la Mejora de la Calidad, podrá presentar una apelación ante nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa los plazos rápidos en lugar de los estándares.

Términos legales

Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “apelación acelerada”.

Paso 1: Contáctenos y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener más detalles sobre cómo contactarnos, consulte el Capítulo 2, Sección 1, *Cómo contactarnos cuando presenta una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos está pidiendo que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en vez de los “estándares”.

Paso 2: Llevamos a cabo una “revisión rápida” de la fecha planificada para el alta para verificar si es médicamente adecuada.

- En esta revisión, evaluamos toda la información sobre su hospitalización. Controlamos que su fecha planificada para el alta haya sido adecuada desde el punto de vista médico. Verificaremos

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

que la decisión que se tomó sobre la fecha en que dejaría el hospital haya sido justa y respete todas las normas.

- En esta situación, usaremos los plazos “rápidos” en vez de los estándares para darle una respuesta sobre esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de solicitar una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si decimos que sí a su apelación rápida**, significa que estamos de acuerdo con usted en que todavía necesita estar en el hospital después de la fecha de alta y seguiremos proporcionando la cobertura de sus servicios de hospitalización para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría. (Debe pagar su parte del costo, y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, estamos diciendo que su fecha planificada para el alta fue adecuada desde el punto de vista médico. La cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finaliza a partir de la fecha en la que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció internado en el hospital *después* de la fecha planificada para el alta, entonces **es posible que deba pagar el costo total** del cuidado hospitalario que reciba después de la fecha planificada para el alta.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se envía *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de haber seguido todas las normas al momento de rechazar su apelación rápida, **debemos enviar la apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hagamos esto, usted pasará *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelación.

Paso a paso: Proceso de Apelación *Alternativo* de Nivel 2

Durante la apelación de nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando no aceptamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si se debe modificar la decisión que tomamos.

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces se la denomina “**IRE**”.

Paso 1: Enviamos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en el plazo de las 24 horas desde que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este u otros plazos, puede presentar un reclamo. El proceso de reclamos es diferente del proceso de apelación. En la Sección 10 de este capítulo se explica cómo presentar un reclamo).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

gobierno. Es una compañía que seleccionó Medicare para encargarse del trabajo de actuar como la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente examinarán detenidamente toda la información vinculada con su apelación sobre el alta del hospital.
- **Si esta organización acepta su apelación**, entonces debemos reembolsarle (devolverle el dinero) nuestra parte del costo del cuidado hospitalario que recibió desde la fecha planificada para su alta. Además, debemos continuar prestando la cobertura del plan de los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados en la medida en que sean necesarios por motivos médicos. Usted debe continuar pagando su parte del costo. Si existen limitaciones en la cobertura, podría limitarse el monto que le reembolsemos del costo o el tiempo durante el que continuemos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que la fecha planificada para el alta hospitalaria es médicamente adecuada.
 - En el aviso que le envíe la Organización de Revisión Independiente, se le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le brindarán detalles sobre cómo puede avanzar al nivel 3 de apelación, que está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decidirá si desea proseguir con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del nivel 2 (con un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, puede elegir si desea aceptar esta decisión o si desea pasar al nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- En la Sección 9 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que prolonguemos la cobertura de ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 8.1	<i>En esta sección se tratan solo tres servicios: Atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)</i>
--------------------	--

En esta sección se tratan *solo* los siguientes tipos de atención:

- **Servicio de cuidado médico en el hogar** que recibe.
- **Atención de enfermería especializada** que recibe como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para aprender sobre los requisitos para ser considerado un “centro de enfermería especializada”, vea el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que esté recibiendo como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. En general, esto significa que está recibiendo tratamiento para una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación compleja. (Para obtener más información sobre este tipo de centros, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando está recibiendo cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a continuar recibiendo sus servicios cubiertos por ese tipo de atención en la medida en que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre los servicios cubiertos, incluida su parte del

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

costo y las limitaciones de la cobertura que puedan aplicarse, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*.

Estamos obligados a informarle con anticipación si decidimos que corresponde cancelar la cobertura de cualquiera de estos tres tipos de atención. Cuando finalice la cobertura de esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo por la atención*.

Si considera que estamos cancelando la cobertura de su atención demasiado pronto, **usted puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se le explica cómo puede solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le avisaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

- 1. Recibirá un aviso escrito.** Usted recibirá un aviso al menos dos días antes de que nuestro plan cancele la cobertura de su atención.
 - En este aviso por escrito, se le informará la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
 - En la notificación escrita, también se le explicará lo que puede hacer si desea solicitar a nuestro plan que modifiquemos esta decisión con respecto a cuándo interrumpiremos su atención y que continuemos brindando la cobertura durante mayor tiempo.

Términos legales

Al explicarle lo que puede hacer, el aviso por escrito le indica cómo puede solicitar una “**apelación de vía rápida**”. La solicitud de una apelación de vía rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura que tomamos acerca de cuándo cancelar la atención que recibe. (En la Sección 8.3, a continuación, se explica cómo puede solicitar una apelación de vía rápida).

La notificación escrita se denomina “**Notificación de no cobertura de Medicare**”.

- 2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para indicar que lo recibió.**
 - Usted, o la persona que actúe en su nombre, debe firmar el aviso. (En la Sección 4, se explica cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
 - Firmar el aviso indica *únicamente* que ha recibido información sobre cuándo finalizará su cobertura. **La firma no implica que usted está de acuerdo** con el plan en que le corresponde dejar de recibir la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Si desea solicitar que cubramos su atención durante más tiempo, tendrá que usar el proceso de apelación para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que tiene que hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación se explica cada paso de los primeros dos niveles del proceso de apelación.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y respetar los plazos para las cosas que debe hacer. Nuestro plan también tiene plazos que debe respetar. (Si cree que no estamos cumpliendo con estos plazos, puede presentar un reclamo. En la Sección 10 de este capítulo, se explica cómo puede presentar un reclamo).
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio para Afiliados (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto). O llame a su

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP), una organización gubernamental que provee asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Si solicita una Apelación de Nivel 1 a tiempo, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación y decide si cambia la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Presente una apelación de nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la Mejora de la Calidad?

- Esta organización consiste en un grupo de médicos y otros profesionales de atención de la salud a los que les paga el gobierno federal. Estos especialistas no forman parte de nuestro plan. Controlan la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare y revisan las decisiones del plan con respecto a cuándo corresponde dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió, se indica cómo puede comunicarse con esta organización. (También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto).

¿Qué debe solicitar?

- Solicite a esta organización una “apelación de vía rápida” (que realice una revisión independiente) de si es médicamente adecuado que cancelemos la cobertura de los servicios médicos que recibe.

Su plazo para contactarse con esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para comenzar la apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia que figura en la Notificación de no cobertura de Medicare.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y usted sigue queriendo apelar, deberá presentar su apelación directamente a nosotros. Para obtener más detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No tiene necesidad de preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también evaluará su información médica, hablará con el médico y revisará la información que nuestro plan le ha proporcionado.
- Al final del día, los revisores nos informan de su apelación y usted también recibirá una notificación por escrito en la que se explican detalladamente nuestros motivos para poner fin a la cobertura de sus servicios.

Términos legales

Este aviso de explicación se llama “**Explicación detallada de no cobertura**”.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

Paso 3: En el transcurso de un día completo después de obtener toda la información necesaria, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aprueban* su apelación, **debemos continuar prestándole los servicios cubiertos en la medida en que se consideren médicamente necesarios.**
- Deberá seguir pagando su parte del costo (los deducibles o los copagos, en caso de que se apliquen). Además, es posible que haya limitaciones en los servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* la apelación, la **cobertura se cancelará en la fecha en que se lo comuniquemos.** Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- Si decide continuar recibiendo los servicios de cuidado médico en el hogar, un centro de enfermería especializada o un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) **después** de la fecha en que finaliza la cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si se rechaza su apelación de nivel 1, usted decide si desea presentar una nueva apelación.

- Esta primera apelación que presenta es el “nivel 1” del proceso de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 1 **y** usted elige continuar recibiendo atención después de que su cobertura haya finalizado, entonces puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que continuará con el “nivel 2” del proceso de apelación.

Sección 8.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para que el plan cubra su atención por más tiempo
--------------------	---

Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación **y** usted elige seguir recibiendo la atención después de que finalice su cobertura, entonces podrá presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que examine nuevamente la decisión que tomó sobre 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 los servicios de cuidado médico en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que finalizaría la cobertura.

A continuación se enumeran los pasos del nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en el plazo de 60 días** después de que la Organización para la Mejora de la Calidad haya rechazado su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión únicamente si usted continuó recibiendo atención después de la fecha en la que finalizó la cobertura de la atención.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

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 volverán a examinar detenidamente toda la información vinculada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario desde la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión aprueba su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría la cobertura. **Debemos continuar prestando la cobertura** de su atención en la medida en que sean necesaria por motivos médicos.
- Usted debe continuar pagando su parte del costo, y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura.

¿Qué pasa si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomamos con respecto a su apelación de nivel 1 y no la modificará.
- En el aviso que reciba, se le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le brindarán detalles sobre cómo puede continuar al próximo nivel de apelación, que está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, tendrá que elegir si desea continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del nivel 2, con un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, puede elegir si desea aceptar esta decisión o si desea pasar al nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, la apelación es revisada por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.
- En la Sección 9 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros directamente

Tal como se explicó anteriormente en la Sección 8.3, debe actuar pronto para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para presentar la primera apelación (en el transcurso de uno o dos días, como máximo). Si vence el plazo para contactarse con esta organización, hay otra forma de presentar una apelación. Si presenta la apelación de esta otra manera, *los dos primeros niveles de apelación serán distintos*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Si se vence el plazo para contactar con la Organización para la Mejora de la Calidad, podrá presentar una apelación ante nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa los plazos rápidos en lugar de los estándares.

A continuación se enumeran los pasos para presentar una apelación alternativa de nivel 1:

Términos legales

Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “**apelación acelerada**”.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

Paso 1: Contáctenos y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener más detalles sobre cómo contactarnos, consulte el Capítulo 2, Sección 1, *Cómo contactarnos cuando presenta una apelación sobre su atención médica*.
- Asegúrese de pedir una “revisión rápida”. Esto significa que nos está pidiendo que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en vez de los “estándares”.

Paso 2: Realizamos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos sobre la fecha de finalización de la cobertura de sus servicios.

- En esta revisión, volvemos a evaluar toda la información sobre su caso. Revisamos si cumplimos con todas las normas al establecer la fecha de finalización de la cobertura del plan para los servicios que usted recibía.
- Usaremos los plazos rápidos en vez de los estándares para darle una respuesta sobre esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de solicitar una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aprobamos su apelación rápida**, significa que hemos acordado con usted que necesita los servicios durante más tiempo, y seguiremos proporcionando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría. (Debe pagar su parte del costo, y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, su cobertura finalizará en la fecha que le dijimos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si continúa recibiendo cuidado médico en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que indicamos que su cobertura finalizaría, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de haber seguido todas las normas al momento de rechazar su apelación rápida, **debemos enviar la apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hagamos esto, usted pasará *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Paso a paso: Proceso de apelación *alternativo* de Nivel 2**
- En la apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando no aceptamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si se debe modificar la decisión que tomamos.

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces se la denomina “**IRE**”.

Paso 1: Enviamos su caso automáticamente a La Organización de Revisión Independiente.

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en el plazo de las 24 horas desde que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este u otros plazos, puede presentar un

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

reclamo. El proceso de reclamos es diferente del proceso de apelación. En la Sección 10 de este capítulo se explica cómo presentar un reclamo).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Es una compañía que seleccionó Medicare para encargarse del trabajo de actuar como la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente examinarán detenidamente toda la información vinculada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle (pagarle) nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que nuestra cobertura finalizaría. Además, debemos continuar prestando la cobertura de su atención en la medida en que sea necesaria por motivos médicos. Usted debe continuar pagando su parte del costo. Si existen limitaciones en la cobertura, podría limitarse el monto que le reembolsemos del costo o el tiempo durante el que continuemos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que está de acuerdo con la decisión de nuestro plan ante su primera apelación y no la modificarán.
 - En el aviso que le envíe la Organización de Revisión Independiente, se le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le brindarán detalles sobre cómo puede continuar a una apelación de nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decidirá si desea proseguir con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del nivel 2, con un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, usted puede elegir si desea aceptar esta decisión o si desea pasar al nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, la apelación es revisada por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.
- En la Sección 9 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo elevar su apelación al Nivel 3 y a niveles superiores

Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede serle útil si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar a niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede apelar más. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, en la respuesta que reciba por escrito a su apelación de nivel 2, se explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para presentar una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de una manera similar. Aquí está la persona que maneja sus apelaciones en cada uno de estos niveles.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

Apelación de Nivel 3 Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o abogado mediador aprueba su apelación, el proceso de apelación puede concluir o no.** Nosotros decidiremos si apelaremos esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de las decisiones del nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar las decisiones del nivel 3 que lo favorezcan.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o prestar el servicio en el plazo de 60 días calendario a partir de la recepción de la decisión del juez de derecho administrativo o abogado mediador.
 - En caso de que decidamos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 junto con los documentos que la acompañen. Puede que esperemos la decisión sobre la apelación de nivel 4 antes de autorizar o prestar el servicio en conflicto.
- **Si el juez de derecho administrativo o abogado mediador rechaza su apelación, el proceso de apelación puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación se terminó.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o abogado mediador rechaza su apelación, el aviso que recibirá le dirá qué debe hacer después si elige continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del Gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa o el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable sobre una apelación de Nivel 3, el proceso de apelación puede concluir o no.** Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de lo que sucede con las decisiones del Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho a apelar las decisiones del Nivel 4 que lo favorezcan si el valor del artículo o del servicio médico se ajusta al valor requerido en dólares.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o prestar el servicio en el plazo de 60 días calendario a partir de la recepción de la decisión del Consejo.
 - En caso de que decidamos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación se terminó.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde desfavorablemente a su apelación, en el aviso que recibirá se indica si las normas le permiten continuar con una apelación de nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso por escrito también se le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer en adelante si decide continuar con su apelación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal del Distrito** revisará su apelación.

Esta es la última etapa del proceso de apelación.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede serle útil si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló alcanza una determinada cantidad de dólares, es posible que pueda continuar a niveles de apelación adicionales. Si la cantidad de dólares es menor, no puede apelar más. La respuesta por escrito que recibe para su apelación de nivel 2 le explicará con quién debe ponerse en contacto y qué debe hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de una manera similar. Aquí está la persona que maneja sus apelaciones en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación se terminó.** Lo que solicitó en su apelación se aprobó. Debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** aprobada por el Juez de Derecho Administrativo o abogado adjudicador **dentro de 72 horas (24 horas en el caso de las apelaciones aceleradas) o realizar el pago antes de los 30 días calendario** de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación se terminó.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o abogado mediador rechaza su apelación, el aviso que recibirá le dirá qué debe hacer después si elige continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de apelaciones** de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del Gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación se terminó.** Lo que solicitó en su apelación se aprobó. Debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** aprobada por el Consejo de Apelaciones **dentro de 72 horas (24 horas en el caso de las apelaciones aceleradas) o realizar el pago antes de los 30 días calendario** de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación se terminó.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su recurso o deniega su solicitud de revisión, el aviso que reciba le indicará si puede pasar al Nivel 5 de apelación conforme a las normas establecidas. Si las normas le permiten continuar, en el aviso por escrito también se le

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer en adelante si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal del Distrito** revisará su apelación.

- Esta es la última etapa del proceso de apelación.

PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

SECCIÓN 10 Cómo presentar un reclamo sobre la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera, el Servicio de Atención al Cliente u otras inquietudes



Si su problema es sobre decisiones relacionadas con beneficios, cobertura o pagos, entonces esta sección *no es para usted*. En cambio, debe utilizar el procedimiento para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de reclamos?

En esta sección, se explica cómo usar el procedimiento para presentar reclamos. El proceso de reclamos se usa *solamente* para ciertos tipos de problemas. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el trato del Servicio de Atención al Cliente que usted recibe. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que se gestionan mediante el proceso de reclamos.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede “presentar un reclamo”.

Reclamo	Ejemplo
Calidad de la atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que considera debe ser confidencial?
Falta de respeto, Servicio de Atención al Cliente deficiente u otras conductas negativas	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien lo ha maltratado o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con la forma en que Servicio para Afiliados lo ha tratado? • ¿Siente que lo han alentado a retirarse del plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene inconvenientes para obtener una cita o espera demasiado para obtenerla? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo han hecho esperar demasiado? ¿O lo han hecho esperar demasiado en Servicio para Afiliados u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen esperas demasiado prolongadas al teléfono, en la sala de espera, cuando va a abastecer una receta o en la sala donde va a realizarse un examen.
Higiene	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la higiene o el estado de una clínica, hospital o consultorio del médico?

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

Reclamo	Ejemplo
Información que le proporcionamos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que no le hemos informado algo que debemos informarle? • ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de reclamos se relacionan con la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura y apelaciones)	<p>El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar una apelación se explica en las Secciones 4 a 9 de este capítulo. Si desea solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación, deberá utilizar ese procedimiento y no el proceso de reclamos.</p> <p>Sin embargo, si ya nos ha solicitado una decisión sobre la cobertura o ha presentado una apelación, y cree que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar un reclamo sobre nuestra lentitud. A continuación se presentan ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si nos ha solicitado una “decisión rápida sobre la cobertura” o una “apelación rápida” y se la negamos, puede presentar un reclamo. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para informarle una decisión de cobertura o para darle una respuesta a una apelación que usted ha presentado, puede presentar un reclamo. • Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada por nosotros y se decide que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos y medicamentos, hay plazos que cumplir. Si cree que no estamos cumpliendo estos plazos, puede presentar un reclamo. • Cuando no le brindamos una decisión a tiempo, debemos enviar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos en el plazo estipulado, usted puede presentar un reclamo.

Sección 10.2 La manera formal de referirse a la “presentación de un reclamo” es “presentar una queja”

Términos legales

- Lo que en esta sección se denomina “**reclamo**” también se conoce como “**queja**”.
- Otro término para “**presentar un reclamo**” es “**presentar una queja**”.
- Otra manera de decir “**utilizar el proceso para presentar reclamos**” es “**utilizar el proceso para presentar una queja**”.

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar un reclamo

Paso 1: Contáctenos rápidamente (ya sea por teléfono o por escrito).

- **En general, llamar al Servicio para Afiliados es el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, Servicio para Afiliados le informará. Llame a Servicio para Afiliados al 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500). El horario de atención del 1.º de abril al 30 de septiembre es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (cerrado durante los días feriados nacionales). Del 1.º de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (cerrado el Día de Acción de Gracias y Navidad).
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó conforme), puede enviar su reclamo por escrito.** Si presenta su reclamo por escrito, le responderemos por escrito.
- **Si usted llama o envía su queja por escrito, envíenos la siguiente información:** Su nombre, domicilio, número telefónico y número de identificación de afiliado. Un resumen de la queja,

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

cualquier contacto previo que haya tenido con nosotros y una descripción de la medida que está solicitando. Si presenta la queja por escrito, incluya su firma o la firma de su representante autorizado y la fecha en que se firmó la carta de la queja. Cuando presenta un reclamo sobre una decisión que tomamos para no acelerar una determinación o una reconsideración/redeterminación sobre la cobertura/de una organización, tiene derecho a solicitar una respuesta acelerada. Si usted o su representante autorizado requieren asistencia para preparar y presentar su queja escrita, comuníquese con el Servicio para Afiliados al número de teléfono que figura en el Capítulo 2 de este folleto.

- **Ya sea que llame o escriba, debe ponerse en contacto con Servicio para Afiliados de inmediato.** El reclamo debe hacerse en el plazo de 60 días calendario desde que tuvo el problema respecto del que quiere reclamar.
- **Si presenta un reclamo porque rechazamos su solicitud de “decisión rápida sobre la cobertura” o una “apelación rápida”, le daremos automáticamente un “reclamo rápido”.** Un “reclamo rápido” significa que le daremos una respuesta **en el transcurso de las 24 horas**.

Términos legales

Lo que en esta sección se denomina “**reclamo rápido**” también se conoce como “**queja acelerada**”.

Paso 2: Evaluamos su reclamo y le damos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama para presentar un reclamo, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada. Si su afección médica requiere que le contestemos rápidamente, lo haremos.
- **La mayoría de los reclamos se responden en 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en su beneficio, o si solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para contestar a su reclamo. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de su reclamo, o no nos hacemos responsables del problema por el cual presenta el reclamo, se lo haremos saber. Nuestra respuesta incluirá las razones por las que damos esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con el reclamo o no.

Sección 10.4 También puede presentar reclamos sobre la calidad del cuidado médico ante la Organización para la Mejora de la Calidad

Usted puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención recibida mediante el proceso detallado anteriormente.

Si su reclamo es acerca de la *calidad del cuidado médico*, usted tiene además otras dos opciones:

- **Puede presentar su reclamo ante la Organización para la Mejora de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de cuidado que recibió directamente a esta organización (sin presentar una queja ante nosotros).
 - La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal paga para comprobar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, recursos, reclamos)

- Para encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto. Si presenta un reclamo ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolverlo.
- **Puede presentar su reclamo ante ambos al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para la Mejora de la Calidad.

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare sobre su reclamo

Puede presentar un reclamo sobre HealthSun MediMax (HMO) directamente a Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus reclamos seriamente y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si le surge alguna otra inquietud o tiene alguna sugerencia, o si piensa que el plan no está encargándose de su problema como debería, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Finalizar su afiliación en el plan

Capítulo 10. Finalizar su membresía en el plan

SECCIÓN 1	Introducción.....	188
Sección 1.1	Este capítulo se centra en la finalización de su afiliación en nuestro plan	188
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su afiliación en nuestro plan?	188
Sección 2.1	Puede finalizar su membresía durante el periodo de inscripción anual	188
Sección 2.2	Puede finalizar su membresía durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage	189
Sección 2.3	En determinados casos, puede finalizar su membresía durante un periodo especial de inscripción.....	189
Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información acerca de cuándo puede finalizar su membresía?.....	190
SECCIÓN 3	¿Cómo puede finalizar su afiliación en nuestro plan?	191
Sección 3.1	Generalmente, usted finaliza su afiliación cuando se inscribe en otro plan	191
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su afiliación, debe continuar adquiriendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.....	192
Sección 4.1	Hasta que finalice su afiliación, usted sigue siendo afiliado de nuestro plan.....	192
SECCIÓN 5	HealthSun MediMax (HMO) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones	192
Sección 5.1	¿Cuándo debemos finalizar su afiliación en el plan?.....	192
Sección 5.2	Nosotros <u>no podemos</u> pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.....	193
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar un reclamo si finalizamos su afiliación en nuestro plan.....	193

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la finalización de su afiliación en nuestro plan

La finalización de su membresía en HealthSun MediMax (HMO) puede ser **voluntaria** (su propia elección) o **involuntaria** (no su propia elección):

- Podría abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo.
 - Solo hay determinadas épocas del año, o determinadas situaciones, en las que puede poner fin a su afiliación en el plan. En la Sección 2, se indica *cuándo* puede finalizar su membresía en el plan.
 - El proceso para finalizar su membresía voluntariamente varía según el tipo de cobertura nueva que elija. En la Sección 3, se indica *cómo* finalizar su membresía en cada situación.
- También existen determinadas situaciones donde usted no elige retirarse, sino que nosotros debemos finalizar su afiliación. En la Sección 5 se explican aquellas situaciones en las que debemos finalizar su afiliación.

Si está abandonando nuestro plan, debe continuar obteniendo la atención médica a través de nuestro plan hasta que la afiliación finalice.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su afiliación en nuestro plan?

Puede poner fin a su afiliación en nuestro plan solo durante determinadas épocas del año, conocidas como periodos de inscripción. Todos los afiliados pueden retirarse del plan durante el periodo de inscripción anual y durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage. En algunos casos, usted también puede ser elegible para retirarse del plan durante otros momentos del año.

Sección 2.1 Puede finalizar su membresía durante el periodo de inscripción anual

Puede finalizar su membresía durante el **periodo de inscripción anual** (también conocido como “Periodo anual de inscripción abierta”). Es el momento en el que debe revisar su cobertura médica y de medicamentos, y tomar una decisión acerca de su cobertura para el año siguiente.

- **¿Cuándo es el periodo de inscripción anual?** Este periodo se da desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el periodo de inscripción anual?** Usted puede optar por conservar su cobertura actual o modificarla para el año siguiente. Si decide cambiarse a otro plan, puede elegir entre los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubre medicamentos recetados o uno que no los cubre).
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente.
 - *O bien*, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
 - **Si recibe Ayuda Extra de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no ser inscrito automáticamente.

Nota: Si cancela la inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” significa que se prevé que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de

Capítulo 10. Finalizar su membresía en el plan

medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Qué vigencia tiene su afiliación?** Su afiliación estará vigente hasta que comience la cobertura de su plan nuevo el 1.º de enero.

Sección 2.2	Puede finalizar su membresía durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage
--------------------	---

Puede hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el periodo anual de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Este periodo se da cada año desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el periodo anual de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Durante este periodo, usted puede hacer lo siguiente:
 - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubre medicamentos recetados o uno que no los cubre).
 - Anular la inscripción a nuestro plan y obtener cobertura de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este periodo, también puede inscribirse en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.
- **¿Cuándo finalizará su afiliación?** Su membresía finaliza el primer día del mes posterior a que se inscriba en un plan diferente de Medicare Advantage o que recibamos su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en este plan comenzará el primer día del mes posterior a que el plan reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3	En determinados casos, puede finalizar su membresía durante un periodo especial de inscripción
--------------------	---

En determinadas situaciones, los afiliados de HealthSun MediMax (HMO) pueden ser elegibles para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **periodo especial de inscripción**.

- **¿Quiénes son elegibles para un periodo especial de inscripción?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted, podrá ser elegible para finalizar su afiliación durante un periodo especial de inscripción. Estos son solo algunos ejemplos, para tener la lista completa puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare, o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
 - Generalmente, cuando se muda.
 - Si tiene Medicaid
 - Si es elegible para recibir Ayuda Extra para el pago de sus recetas de Medicare.
 - Si no cumplimos nuestro contrato con usted.
 - Si está recibiendo atención en una institución, tal como un hogar de ancianos u hospital de atención a largo plazo (LTC).
 - Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Personas de Edad Avanzada (PACE)
 - **Nota:** Si pertenece a un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de planes. En el Capítulo 5, Sección 10 encontrará más información acerca de los programas de administración de medicamentos.

Capítulo 10. Finalizar su membresía en el plan

- **¿Cuáles son los periodos especiales de inscripción?** Los periodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un periodo especial de inscripción, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, todos los días. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para finalizar su membresía debido a una situación especial, usted puede optar por cambiar tanto su cobertura médica de Medicare como su cobertura de medicamentos recetados. Es decir que puede optar por cualquiera de los tipos de planes mencionados a continuación:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubre medicamentos recetados o uno que no los cubre).
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente.
 - *O bien*, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.

Si recibe Ayuda Extra de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no ser inscrito automáticamente.

Nota: Si cancela la inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante un periodo continuado de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” significa que se prevé que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Qué vigencia tiene su afiliación?** Su afiliación finalizará por lo general el primer día del mes posterior a que recibamos su solicitud de cambiar su plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información acerca de cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información acerca de cuándo puede finalizar su afiliación:

- Puede **llamar al Servicio para Afiliados** (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare y Usted 2022***.
 - Todos los beneficiarios de Medicare reciben un ejemplar del manual *Medicare y Usted 2022* cada otoño. Las personas recién inscritas en Medicare la reciben en el plazo de un mes después de inscribirse.
 - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede pedir una copia impresa llamando a Medicare al número que figura a continuación.
- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
-

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su afiliación en nuestro plan?

Sección 3.1 Generalmente, usted finaliza su afiliación cuando se inscribe en otro plan

Normalmente, para finalizar su membresía en nuestro plan, basta con inscribirse en otro plan de Medicare durante uno de los periodos de inscripción (consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener información sobre los periodos de inscripción). Sin embargo, si desea cambiar de nuestro plan a Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar la cancelación de la inscripción en nuestro plan. Existen dos formas de solicitar la anulación:

- Puede hacerlo por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicio para Afiliados (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto).
- Puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Si cancela la inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante un periodo continuado de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” significa que se prevé que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

La tabla que aparece abajo explica cómo debe finalizar su afiliación en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">• Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. Se cancelará su inscripción en HealthSun MediMax (HMO) automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">• Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente.	<ul style="list-style-type: none">• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Se cancelará su inscripción en HealthSun MediMax (HMO) automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Capítulo 10. Finalizar su membresía en el plan

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado. <ul style="list-style-type: none"> ○ Nota: Si cancela su inscripción en el plan de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante un periodo continuado de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si luego se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía. 	<ul style="list-style-type: none"> • Envíenos una solicitud de desafiliación por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicio para Afiliados (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto). • También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicitar que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su inscripción en HealthSun MediMax (HMO) cuando comience la cobertura de Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su afiliación, debe continuar adquiriendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que finalice su afiliación, usted sigue siendo afiliado de nuestro plan

Si abandona HealthSun MediMax (HMO), puede pasar un tiempo antes de que finalice su membresía y entre en vigencia su nueva cobertura de Medicare. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este periodo, debe continuar recibiendo atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe seguir usando nuestras farmacias de la red para abastecer sus recetas hasta que su afiliación en nuestro plan finalice.** En general, los medicamentos recetados solo están cubiertos si se abastecen en una farmacia de la red, incluidos los servicios de farmacia de pedido por correo.
- **Si lo hospitalizan el día en que termina su afiliación, su hospitalización generalmente estará cubierta por nuestro plan hasta que lo den de alta** (aun si lo dan de alta después de que comienza su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 HealthSun MediMax (HMO) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su afiliación en el plan?

HealthSun MediMax (HMO) **debe finalizar su membresía en el plan si tiene lugar alguna de las siguientes situaciones:**

- Si ya no tiene Medicare Parte A Parte B.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o tiene que hacer un viaje largo, llame al Servicio para Afiliados para saber si el lugar a donde va está en el área que cubre nuestro plan. (Los números de teléfono del Servicio para Afiliados están impresos en la contraportada de este folleto).
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si no es un ciudadano de los Estados Unidos o no cuenta con presencia legal en el país.

Capítulo 10. Finalizar su membresía en el plan

- Si miente o retiene información sobre otro seguro que usted posee que le proporciona cobertura de medicamentos recetados.
- Si nos da, intencionalmente, información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan, y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo)
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros afiliados del plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
- Si permite que un tercero use su tarjeta de afiliación para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
 - Si finalizamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el inspector general investigue su caso.
- Si debe pagar el monto extra de la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información acerca de cuándo podemos finalizar su afiliación:

- Puede llamar al **Servicio para Afiliados** para obtener más información. (Los números telefónicos figuran en el dorso de este folleto).

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud

HealthSun MediMax (HMO) no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si piensa que le pedimos que abandone nuestro plan por razones de salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar un reclamo si finalizamos su afiliación en nuestro plan

Si finalizamos su afiliación en nuestro plan, debemos comunicarle las razones de la finalización de su afiliación por escrito. También tenemos que explicarle cómo puede presentar una queja o un reclamo sobre nuestra decisión de finalizar su afiliación. En el Capítulo 9, Sección 10, encontrará información sobre cómo presentar un reclamo.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre ley(es) vigente(s).....	196
SECCIÓN 2	Aviso de no discriminación.....	196
SECCIÓN 3	Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	196

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre ley(es) vigente(s)

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de Cobertura*, y se pueden aplicar algunas cláusulas adicionales si son requeridas por la ley. Esto puede afectar sus derechos y obligaciones, aun cuando las leyes no estén incluidas o explicadas en este documento. La ley principal que aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) de conformidad con la Ley del Seguro Social. Además, pueden aplicar otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que habita.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

El plan debe cumplir todas las leyes que lo protegen a usted frente a la discriminación o al trato injusto. **No discriminamos** por razones de raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proporcionan planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben acatar las leyes federales contra la discriminación, como el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley en favor de los Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible y todas las demás leyes que conciernen a las organizaciones que reciben financiamiento federal y demás leyes o normas que correspondan por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene algún problema de discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos, al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si tiene alguna discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame al Servicio para Afiliados (los números telefónicos figuran en la contraportada de este folleto). Si usted tiene un reclamo, como un problema de acceso para sillas de ruedas, en Servicio para Afiliados pueden ayudarlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar todos los servicios de Medicare cubiertos para los que Medicare no es el pagador primario. Conforme a las regulaciones de los CMS, en el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Secciones 422.108 y 423.462, HealthSun MediMax (HMO), como Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el Secretario en virtud de las regulaciones de CMS contempladas en las subsecciones B a D del apartado 411 del Título 42 del CFR; y las normas establecidas en esta sección prevalecerán respecto de cualquier ley estatal.

Notice of Non-Discrimination

HealthSun Health Plans complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. HealthSun does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

- 1) HealthSun provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters.
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- 2) HealthSun provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact our Member Services Department at 877-336-2069, or TTY at 711. If you believe that HealthSun has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

Grievance Department
9250 W Flagler Street, Suite 600
Miami, FL 33174

T. 877-336-2069 (TTY: 711) F. 305-234-9275
E-mail: HScivilrights@healthsun.com

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Member Services is available to help you. You can also file a civil rights complaint electronically with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 800-368-1019, (TDD: 800-537-7697). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

HSHP_NND7MIB Rev. 04/09/2021

Aviso de no discriminación

Los planes de salud de HealthSun cumplen con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. HealthSun no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

- 1) HealthSun proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- 2) HealthSun proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, llame a nuestro Departamento de Servicio para Afiliados al 877-336-2069 o TTY al 711. Si considera que HealthSun no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja en:

Departamento de Quejas
9250 W Flagler Street, Suite 600
Miami, FL 33174

T. 877-336-2069 (TTY: 711) F. 305-234-9275
Correo electrónico: HScivilrights@healthsun.com

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el Departamento de Servicio para Afiliados está a su disposición para brindársela. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios de EE. UU. de manera electrónica a través del Portal de reclamos en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201 800-368-1019, (TDD: 800-537-7697. Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Capítulo 11. Avisos legales**Multi-language Interpreter Services/Servicio multilingüe de intérprete**

ATENCIÓN: Si no habla inglés, tiene a su disposición servicios de asistencia en otros idiomas gratuitos. Llame al 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

1. **Español (Spanish) ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).
2. **Kreyòl Ayisyen (French Creole) ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-336-2069(TTY: 1-877-206-0500).
3. **Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-336-2069(TTY: 1-877-206-0500).
4. **Português (Portuguese) ATENÇÃO:** Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).
5. **繁體中文 (Chinese) 注意:** 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500)。
6. **Français (French) ATTENTION:** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-336-2069 (ATS: 1-877-206-0500).
7. **Tagalog (Tagalog – Filipino) PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).
8. **Русский (Russian) ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-336-2069(телетайп: 1-877-206-0500).
9. **العربية (Arabic) تنبيه:** مجانًا لك متاحة اللغوية المساعدة خدمات فـان ، العربية تتحدث كنت إذا 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500) بالرقم اتصل.
10. **Italiano (Italian) ATTENZIONE:** In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).
11. **Deutsch (German) ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).
12. **한국어 (Korean) 주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500) 번으로 전화해 주십시오.
13. **Polski (Polish) UWAGA:** Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).
14. **ગુજરાતી (Gujarati) સુચના:** જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).
15. **ภาษาไทย (Thai) เรียบน:** ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Apelación: una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicio de atención de la salud o medicamentos recetados, o de pago por 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. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo o servicio que cree que debe recibir. En el Capítulo 9, se explican las apelaciones, incluido el proceso de presentación de una apelación.

Área de servicio: una zona geográfica donde un plan de salud acepta afiliados si limita la afiliación sobre la base de dónde vive la gente. Para los planes que restringen qué médicos y hospitales puede usar, por lo general es también el área donde puede recibir servicios de rutina (no de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si usted se muda de manera permanente fuera del área de servicio del plan.

Asistente de atención médica a domicilio: un asistente de atención médica a domicilio proporciona servicios que no necesitan los conocimientos de un enfermero o de un terapeuta calificados, tal como la ayuda con el cuidado personal (p. ej., bañarse, usar el baño, vestirse o llevar a cabo los ejercicios indicados). Los asistentes de atención médica a domicilio no tienen una certificación de enfermería ni ofrecen terapia.

Atención de custodia: la atención de custodia es el cuidado personal en un hogar de ancianos, un hospicio u otro centro, cuando no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención de custodia es la atención personal que puede ser provista por personas que no tienen habilidades o entrenamiento profesionales, tal como ayudar en actividades rutinarias como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama, sentarse o pararse, desplazarse o usar el baño. Puede incluir, además, el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas llevan a cabo por sí mismas, como colocarse colirio. Medicare no paga la atención de custodia.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son: (1) Prestados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada y de rehabilitación prestados de manera continua, todos los días, en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada son la terapia física o las inyecciones intravenosas, que solo pueden suministrar un enfermero registrado o un médico.

Autorización previa: aprobación anticipada para obtener servicios o determinados medicamentos que pueden o no estar en nuestro formulario. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nuestro plan. En el Cuadro de beneficios del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que requieren autorización previa. Algunos medicamentos están cubiertos solo si el médico u otro proveedor de la red recibe nuestra “autorización previa”. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa aparecen en el formulario con una marca.

Ayuda Extra: un programa de Medicare para ayudar a la gente con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Cancelar la inscripción o cancelación de inscripción: el proceso de finalizar su afiliación de nuestro plan. La cancelación de inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (decisión ajena a su voluntad).

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): un centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y que presta diversos

servicios, entre los que se incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación ambiental en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: entidad que trabaja exclusivamente para prestar servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios que no requieran hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no exceda las 24 horas.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): la agencia federal que administra Medicare. En el Capítulo 2, se explica cómo ponerse en contacto con los CMS.

Cobertura acreditable de medicamentos recetados: la cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, por parte de un empleado o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se vuelven elegibles para Medicare, generalmente, pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare más tarde.

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D): seguro que ayuda a pagar los medicamentos recetados de pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que Medicare Parte A o Parte B no cubren.

Comisión del farmacéutico: una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de abastecer una receta. La comisión del farmacéutico cubre costos tales como el tiempo que dedica el farmacéutico a preparar y empaquetar la receta.

Copago: un monto que quizá deba pagar como su parte del costo por un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo, no un porcentaje. Por ejemplo, es posible que deba pagar \$10 o \$20 por una consulta al médico o un medicamento recetado.

Coseguro: cantidad que puede tener que pagar como parte del costo de los servicios o de los medicamentos recetados después que ha pagado la deducible. Generalmente, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, 20 %).

Deducible: el monto que el afiliado debe pagar por la atención de la salud o los medicamentos recetados antes de que el plan comience a pagar su parte.

Determinación de la organización: el plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando toma una decisión sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar usted por los artículos o servicios cubiertos. En este folleto, las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”. En el Capítulo 9 se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Determinación sobre la cobertura: una decisión acerca de si un medicamento recetado para usted está cubierto por el plan y el monto, si es que existe, que debe pagar por la receta. Generalmente, si trae su receta a una farmacia y la farmacia le dice que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación sobre la cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones sobre la cobertura se denominan “decisiones de cobertura” en este folleto. En el Capítulo 9 se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Distribución de Costos/Costos compartidos: se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto es además de la prima mensual del plan). Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) Cualquier monto deducible que un plan puede imponer antes de cubrir servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo

de “copago” que un plan exige cuando se recibe un servicio o un medicamento específicos; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o un medicamento, que un plan exige cuando se recibe un servicio o un medicamento específicos. Una “tasa diaria de costos compartidos” puede aplicar cuando su médico le receta menos de un suministro mensual completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeore rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos que indica un médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para el tratamiento de la diabetes, bombas de infusión IV, dispositivos generadores de voz, equipos de oxigenación, nebulizadores o camas hospitalarias solicitadas por un proveedor para uso doméstico.

Etapas de cobertura catastrófica: etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre hayan gastado **\$7,050** en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Etapas de cobertura inicial: es la etapa antes de que el total de costos de los medicamentos, incluidos los montos que usted ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre para el año, haya alcanzado **\$4,430**.

Evidencia de Cobertura (EOC) e información de divulgación: este documento junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted tiene que hacer como un afiliado de nuestro plan.

Excepción: tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está incluido en el formulario del patrocinador de su plan (excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel inferior de distribución de costos (excepción a nivel de cobertura). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan pide que usted intente probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, o el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario).

Facturación del saldo: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le cobra a un paciente un monto más alto que el monto de distribución de costos permitido por el plan. Como miembro de HealthSun MediMax (HMO) solo tiene que pagar los montos de distribución de costos de nuestro plan cuando reciba servicios cubiertos por el plan. No les permitimos a los proveedores “facturar un saldo” o de otro modo cobrarle más que el monto de distribución de costos que su plan indica que usted debe pagar.

Farmacia de la red: es una farmacia donde los afiliados de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen contratos con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos únicamente si los adquiere en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos para afiliados de nuestro plan. Como se explica en esta Evidencia de Cobertura, la mayoría de los medicamentos que usted obtiene de las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se cumplan determinadas condiciones.

Gastos de bolsillo: consulte la definición de “costos compartidos” más arriba. El requisito de distribución de costos del miembro, por el cual debe pagar una parte de los servicios o medicamentos que recibe, también se llama requisito de “gastos de bolsillo” del miembro.

Hospicio: un miembro al que le quedan 6 meses o menos de vida tiene derecho a elegir servicios de hospicio. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su zona geográfica. Si elige el hospicio y sigue pagando las primas, seguirá siendo un afiliado de nuestro plan. Aun puede obtener todos los servicios necesarios por motivos médicos, así como los beneficios complementarios que ofrecemos. El hospicio le proporcionará el tratamiento especial para su estado.

Hospitalización: cuando usted ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si se queda de un día para otro en el hospital, podría ser considerado un paciente “ambulatorio”.

Indicación aceptada desde el punto de vista médico: el uso de un medicamento que está autorizado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertas obras de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3, para obtener más información sobre la indicación aceptada desde el punto de vista médico.

Ingreso de seguridad suplementario (SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas discapacitadas, ciegas o de 65 años o más que tienen ingresos y recursos escasos. Los beneficios de los SSI no son los mismos que los beneficios del seguro social.

Límite de cobertura inicial: límite máximo de la cobertura en la etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: una herramienta de administración diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden aplicarse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un periodo definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “lista de medicamentos”): una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

Medicaid (o Asistencia Médica): un programa federal y estatal conjunto que brinda asistencia financiera para los gastos médicos de algunas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero tendrá cobertura para la mayoría de los costos de atención médica si usted cumple con los requisitos para Medicare y Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6, para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca: un medicamento recetado fabricado y vendido por la empresa farmacéutica que originalmente realizó la investigación y lo desarrolló. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y comercializados por otros fabricantes de medicamentos y, generalmente, no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca haya expirado.

Medicamento genérico: un medicamento recetado aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) compuesto de los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. En general, un medicamento “genérico” tiene la misma eficacia que un medicamento de marca y suele costar menos.

Medicamentos cubiertos: el término que usamos para nombrar a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte el formulario para conocer la lista de medicamentos cubiertos específicos). El Congreso excluye específicamente la cobertura de determinadas categorías de medicamentos como medicamentos de la Parte D.

Medicare: el programa de seguro médico federal para personas de 65 años o mayores, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (en general, quienes sufren insuficiencia permanente de los riñones que requiere diálisis o un trasplante de riñón). Los beneficiarios de Medicare pueden obtener su cobertura médica a través de Original Medicare, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

Médico de atención primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor que usted visita en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. Esta persona se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse sano. También puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos. En muchos planes médicos de Medicare, usted debe visitar a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención de la salud. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1, para obtener información sobre los médicos de atención primaria.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): persona con Medicare que es elegible para recibir los servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA): si sus ingresos brutos ajustados modificados según lo informado en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años superan un cierto límite, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional a la prima. Esto afecta a menos del 5 % de las personas que tienen Medicare, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima mayor.

Monto máximo de bolsillo: lo máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario para servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y Parte B. Los montos que paga por sus primas del plan, sus primas de Medicare Parte A y Parte B y los medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de bolsillo. Consulte el Capítulo 4, Sección 1.1 para obtener información sobre el monto máximo de bolsillo.

Multa por inscripción tardía a la Parte D: monto que se agrega a la prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si usted se queda sin cobertura acreditable (cobertura que debería pagar, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un periodo de 63 días consecutivos o más después de que usted comienza a ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D. Usted paga este monto más alto siempre que tenga un plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe la Ayuda Extra de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.

Nivel de distribución de costos: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se incluye en uno de seis (6) niveles de distribución de costos. En general, cuanto mayor sea el nivel de distribución de costos, más alto será el costo del medicamento.

Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO): grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a quienes el Gobierno federal paga para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4, para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO en su estado.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o Medicare de “tarifa por servicio”): es un plan ofrecido por el gobierno; no es un plan médico privado, como los planes Medicare Advantage y los planes de

medicamentos recetados. Con Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención de la salud de montos que fija el congreso. Puede visitar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare, y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes, Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en Estados Unidos.

Parte C: Consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: Programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Para facilitar la referencia, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como Parte D).

Periodo de beneficios: la forma en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios que recibe en un hospital y un centro de enfermería especializada (SNF). Un periodo de beneficios comienza el día en que usted ingresa al hospital o al centro de enfermería especializada. El periodo de beneficios finaliza cuando no haya recibido atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días corridos. Si usted ingresa a un hospital o un centro de enfermería especializada después de que finalizó un periodo de beneficios, comienza un nuevo periodo de beneficios. No hay límite para la cantidad de periodos de beneficios.

Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage: periodo que se establece todos los años en el que los afiliados de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener la cobertura de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este periodo, también puede inscribirse en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage comienza el 1.º de enero y finaliza el 31 de marzo, y también está disponible durante un periodo de 3 meses después de pasar a ser elegible para Medicare.

Periodo de inscripción anual: periodo establecido cada otoño en el que los afiliados pueden cambiar sus planes médicos o de medicamentos o pasarse a Original Medicare. El periodo de inscripción anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Periodo de inscripción especial: periodo establecido en el que los afiliados pueden cambiar sus planes médicos o de medicamentos o volver a Original Medicare. Las situaciones en las que puede tener derecho a un periodo de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe Ayuda Extra con los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a un hogar de ancianos o si violamos nuestro contrato con usted.

Periodo de inscripción inicial: cuando pasa a ser elegible para Medicare, el periodo en el que puede inscribirse en Medicare Parte A y Parte B. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su periodo de inscripción inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años, y termina 3 meses después de ese mes.

Plan de Medicare Advantage (MA): en ocasiones denominado Parte C de Medicare. Un plan que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle a usted todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser HMO, PPO, un plan privado de tarifa por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o un plan de Cuenta de Ahorros Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Cuando está inscrito en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no son pagados por Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Todas las personas con Medicare Parte A y Parte B son elegibles para inscribirse en cualquier plan médico Medicare Advantage que se ofrezca en su zona.

Plan de organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): un plan de organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado brindar tratamiento a los afiliados del plan por un monto especificado. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan tanto si se reciben de proveedores de la red como de proveedores fuera de la red. Los costos compartidos para el afiliado generalmente serán mayores cuando usted reciba los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO ponen un límite anual a sus gastos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto a sus gastos de bolsillo combinados totales por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Plan Institucional Equivalente para Necesidades Especiales (SNP): un plan institucional para necesidades especiales en el que se inscriben personas elegibles que viven en la comunidad pero que requieren un nivel de atención institucional, según la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse usando la herramienta de evaluación de la atención correspondiente al estado, y la debe administrar una entidad distinta a la organización que ofrece el plan. Es posible que este tipo de plan para necesidades especiales restrinja la inscripción de personas que residen en un centro de vida asistida (ALF) contratado si esto fuera necesario para asegurar la provisión constante de atención especializada.

Plan Institucional para Necesidades Especiales (SNP): un plan de necesidades especiales que inscribe personas elegibles que residen continuamente o que se prevé que residirán continuamente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Los centros de atención a largo plazo (LTC) incluyen centros de enfermería especializada (SNF); centros de enfermería (NF); (SNF/NF); centro de cuidados intermedios para discapacitados mentales (ICF/IID), y/o centros de atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados. Para atender a residentes de centros de LTC de Medicare, los planes institucionales para necesidades especiales deben tener un arreglo contractual con (o ser propietario y operar) los centros de LTC específicos.

Plan médico de Medicare: es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarles los beneficios de Medicare Parte A y Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los Planes de Costos Medicare, los programas de demostración/pilotos y los Programas de Atención Integral para Personas de Edad Avanzada (PACE).

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Atención Integral para Personas Mayores) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas débiles, para ayudarlas a conservar su independencia y a vivir en la comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) por el mayor tiempo posible, mientras reciben la atención de calidad que necesitan. Las personas inscritas en planes PACE reciben los beneficios tanto de Medicare como de Medicaid a través del plan.

Plan para necesidades especiales: tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona atención médica más centrada para grupos específicos de personas, como aquellas con Medicare y Medicaid, que residen en un hogar de ancianos o tienen ciertas afecciones crónicas.

Póliza “Medigap” (seguro suplementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguro privado para cubrir las “brechas” en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, una compañía de seguro o un plan médico por cobertura de salud o medicamentos recetados.

Programa de Descuentos durante la Etapa sin Cobertura de Medicare: programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D a los afiliados de la Parte D que hayan alcanzado la etapa sin cobertura y que no estén recibiendo ya Ayuda Extra. Los descuentos se

basan en acuerdos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos, los medicamentos de marca tienen descuentos.

Prótesis y órtesis: son dispositivos médicos pedidos por su médico o proveedor de atención médica. Los elementos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello, extremidades artificiales, ojos artificiales y dispositivos prostéticos para reemplazar partes o funciones corporales internas, como suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor dentro de la red: “proveedor” es el término general que usamos para médicos, otros profesionales de atención de la salud, hospitales y otros centros de atención de la salud que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para prestar servicios de atención de la salud. Se denominan “**proveedores de la red**” cuando tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar los servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Nuestro plan les paga a los proveedores de la red según los acuerdos que tiene con ellos y si estos aceptan proporcionarle a usted servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red pueden denominarse, además, “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o un centro con el cual no arreglamos coordinar ni proporcionar servicios cubiertos a afiliados de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados ni administrados por nuestro plan, ni pertenecen a este, o que no tienen un contrato para prestar servicios cubiertos. El uso de los proveedores o centros fuera de la red se explica en el Capítulo 3 de este folleto.

Queja: tipo de reclamo que usted presenta sobre nosotros o las farmacias, incluso un reclamo relativo a la calidad de su atención. Este tipo de reclamos no abarca disputas sobre la cobertura o el pago.

Reclamo: la manera formal de referirse a “presentar un reclamo” es “presentar una queja”. El proceso de reclamos se usa *solamente* para ciertos tipos de problemas. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el trato del Servicio de Atención al Cliente que usted recibe. Consulte también “queja formal” en esta lista de definiciones.

Servicio para Afiliados: un departamento dentro de nuestro plan encargado de responder sus preguntas sobre afiliación, beneficios, quejas formales y apelaciones. Para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con Servicio para Afiliados, consulte el Capítulo 2.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes médicos de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A y Parte B.

Servicios cubiertos: término general que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención de la salud que están cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del lenguaje y del habla, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: servicios que se prestan para tratar una enfermedad, lesión o enfermedad imprevista no de emergencia que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden obtenerse a través de proveedores dentro de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores dentro de la red no estén disponibles o no se pueda acceder a ellos temporalmente.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte Ayuda Extra.

Tasa diaria de costos compartidos: una “tasa diaria de costos compartidos” puede aplicarse cuando su médico le receta menos de un suministro mensual completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. Una tasa diaria de costos compartidos es el copago dividido por la cantidad de días en un suministro para un mes. Este es un ejemplo: Si su copago por el suministro de un mes de un medicamento es de \$30, y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su “tasa diaria de

costos compartidos” es de \$1 por día. Esto significa que usted paga \$1 por cada día de suministro cuando abastece su receta.

Terapia escalonada: una herramienta de uso que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que puede haber recetado inicialmente su médico.



Departamento de Servicios para Afiliados de HealthSun

1-877-336-2069 Fax: 305-448-5783

Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de operación es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Desde octubre 1 hasta marzo 31 estaremos disponibles los siete días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Servicios para Afiliados también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.

TTY: 1-877-206-0500

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. Nuestro horario de operación es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Desde octubre 1 hasta marzo 31 estaremos disponibles los siete días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

9250 W. Flagler Street, Suite 600, Miami, FL 33174
www.HealthSun.com

SHINE (Sirviendo las Necesidades de Seguro de Salud a la Personas Mayores (SHIP en Florida))

SHINE es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

1-800-963-5337 TTY: 1-800-955-8770

Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.

4040 Esplanade Way, Suite 270, Tallahassee, FL 32399-7000
www.floridashine.org

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA). De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938 1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 2124-1850.