

ESPAÑOL



HealthSun
HEALTH PLANS

2022

**EVIDENCIA DE
COBERTURA**

MediSun Plus (HMO D-SNP) | 016
Condado de Palm Beach

1.º de enero a 31 de diciembre de 2022

Evidencia de Cobertura:

Sus beneficios y servicios médicos y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare como afiliado de HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP)

Este folleto proporciona detalles acerca de la cobertura de atención de la salud y de medicamentos recetados de Medicare y Medicaid 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 MediSun Plus (HMO D-SNP), se ofrece a través de HealthSun Health Plans (en esta *Evidencia de Cobertura*, “nosotros”, “nos” o “nuestro” hacen referencia a HealthSun Health Plans. Cuando se dice “plan” o “nuestro plan”, significa HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP).

Este documento está disponible de forma gratuita en español. 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 el número de Servicios 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 durante 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. (estamos cerrados 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/coseguros 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.

HealthSun Health Plans es un plan HMO con un contrato de Medicare y un contrato de Medicaid con la Agencia para la Administración la Atención de la Salud (Agency for Health Care Administration) del estado de Florida. La inscripción en HealthSun Health Plans depende de la renovación del contrato.

H5431_2022EOC016_C File & Use

Evidencia de Cobertura de 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 informa sobre los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, su tarjeta de afiliación del plan y cómo mantener su registro de afiliación actualizado.
- Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes..... 16**
Se le informa sobre qué debe hacer para comunicarse con nuestro plan (HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP)) y con otras organizaciones, entre ellas, 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), programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados y la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB).
- Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos 33**
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 le corresponde pagar)47**
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..... 89**
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 110**
- Capítulo 7. Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos..... 112**
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 obligaciones	119
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 debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos).....	129
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 afiliación en el plan	175
Aquí se detalla cuándo y cómo puede finalizar su membresía en el plan. Se explican las situaciones en las que nuestro plan se ve forzado a finalizar su membresía.	
Capítulo 11. Avisos legales	184
Incluye los avisos sobre la(s) ley(es) vigente(s) y la no discriminación.	
Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes	190
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 MediSun Plus (HMO D-SNP), un plan Medicare Advantage especializado (Plan para Necesidades Especiales).....	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>	6
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?	7
Sección 2.3	¿Qué es Medicaid?	7
Sección 2.4	Esta es el área de servicio del plan para HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP).....	7
Sección 2.5	Ciudadano estadounidense o presencia legal en el país	7
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales le proporcionaremos?.....	8
Sección 3.1	Su tarjeta de afiliación del plan: utilícela para obtener el cuidado y los medicamentos recetados que estén cubiertos	8
Sección 3.2	El <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> : su guía para todos los proveedores y farmacias en la red del plan	8
Sección 3.3	La <i>lista de medicamentos cubiertos (formulario)</i> del plan.....	9
Sección 3.4	Le enviamos un informe mensual llamado <i>Explicación de Beneficios de la Parte D</i> (“EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de los pagos realizados por los medicamentos recetados de la Parte D	10
SECCIÓN 4	Su prima mensual para HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP).....	10
Sección 4.1	¿Cuánto paga por la prima del plan?	10
Sección 4.2	Existen varios modos de pagar la prima de su plan	11
Sección 4.3	¿Podemos cambiar la prima mensual del plan durante el año?	12
SECCIÓN 5	Mantenga actualizado su registro de afiliación del plan	12
Sección 5.1	Cómo asegurarse de que tengamos información precisa sobre usted	12
SECCIÓN 6	Protegemos la privacidad de su información personal de salud.....	13
Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida	13
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	13
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?	13

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP), un plan Medicare Advantage especializado (Plan para Necesidades Especiales)
--------------------	---

Usted tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid:

- Medicare es el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años que tienen ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).
- 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. La cobertura de Medicaid varía en función del estado y el tipo de Medicaid que usted tenga. Algunas personas que tienen Medicaid obtienen ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros gastos. Otras personas también reciben cobertura adicional de servicios y medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido obtener la cobertura de atención de la salud y de medicamentos recetados de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan, HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP).

Hay distintos tipos de planes de salud de Medicare. HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) es un plan Medicare Advantage especializado (un “Plan para Necesidades Especiales” de Medicare), lo que significa que los beneficios están diseñados para personas con necesidades de atención de la salud especiales. HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) se diseñó específicamente para personas que tienen cobertura de Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Como recibe asistencia de Medicaid con los costos compartidos de Medicare Parte A y Parte B (deducibles, copagos y coseguros), posiblemente no deba pagar nada por los servicios de atención de la salud de Medicare. Medicaid también puede proporcionarle otros beneficios, como la cobertura de servicio de atención de la salud que comúnmente no están cubiertos por Medicare. También recibirá Ayuda Extra de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) lo ayudará a manejar todos estos beneficios para que pueda recibir los servicios de atención de la salud y la asistencia para pagos que le corresponden.

HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) está administrado por una compañía privada. Al igual que todos los planes de Medicare Advantage, este plan para necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa de Medicaid de Florida para coordinar los beneficios de Medicaid. Nos complace brindarle cobertura de atención de la salud de Medicare y Medicaid, que incluye cobertura de medicamentos recetados.

La cobertura de este plan califica como cobertura de salud calificada (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida 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 <i>Evidencia de Cobertura</i>?
--------------------	--

Este folleto de *Evidencia de Cobertura* describe cómo puede obtener la cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare y Medicaid 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 médica, a los servicios médicos y a los medicamentos recetados que están a su disposición por ser afiliado de HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP).

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*.

Capítulo 1. Primeros pasos como afiliado

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* es parte del contrato que celebramos con usted sobre cómo HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) 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 tiene vigencia durante los meses en los que está inscrito en HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) entre el 1.º de enero de 2022 y 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 beneficios de HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2022. También tendremos la opción de 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) y Florida Medicaid (Agencia para la Administración de Atención de la Salud de Florida) deben aprobar el plan HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) cada año. Puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como afiliado 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 Medicare Parte A y Medicare Parte B (la Sección 2.2 le informa sobre Medicare Parte A y Medicare Parte B);
- -- y -- viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.4 a continuación describe nuestra área de servicio);
- -- y -- sea ciudadano de los Estados Unidos o cuente con presencia legal en el país;
- -- y -- reúna los requisitos especiales de elegibilidad descritos a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad de nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de personas que reciben determinados beneficios de Medicaid. (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). Para ser elegible para nuestro plan, tiene que ser elegible para la cobertura de Medicare y de Medicaid.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde la elegibilidad, pero aún así es posible que la recupere en un plazo de seis (6) meses, continúa siendo elegible para la membresía de nuestro plan (en la Sección 2.1 del Capítulo 4 se ofrece información sobre la cobertura y la distribución de costos durante un periodo considerado de elegibilidad continua).

Capítulo 1. Primeros pasos como afiliado**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 en el hogar).
- Medicare Parte B es para la mayoría de los otros servicios médicos (como los servicios del médico, terapia de infusión en el hogar y otros servicios para pacientes ambulatorios) y para ciertos artículos (como equipo médico duradero [DME] y suministros).

Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué es lo que cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de esos servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa siempre y cuando se respeten las pautas federales.

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

- **Beneficiarios calificados de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid [**QMB+**]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos especificados (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para todos los beneficios 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.

Sección 2.4 Esta es el área de servicio del plan para HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP)

Aunque Medicare es un programa federal, HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) solo está disponible para las personas que viven dentro del área de servicio de nuestro plan. Para continuar como afiliado de nuestro plan, debe vivir dentro del área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicios abarca los siguientes condados de Florida:

- Condado de Palm Beach

Si tiene planes de mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicios para Afiliados (en el dorso de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono). 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 la Sección 5 del Capítulo 2.

Sección 2.5 Ciudadano estadounidense o presencia legal en el país

Un afiliado 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 MediSun Plus (HMO D-SNP) si usted no es elegible para seguir siendo afiliado con respecto a este punto. Si no cumple con este requisito, HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) debe cancelar la inscripción.

Capítulo 1. Primeros pasos como afiliado**SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales le proporcionaremos?****Sección 3.1 Su tarjeta de afiliación del plan: utilícela para obtener el cuidado y los medicamentos recetados que estén cubiertos**

Mientras sea afiliado de nuestro plan, debe utilizar la tarjeta de membresía 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 mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid. Este es un modelo de la tarjeta de afiliación para que vea cómo será la suya:



Mientras sea afiliado de este plan, NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para recibir servicios médicos cubiertos. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP), es posible que usted deba 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 para enfermos terminales o participa en investigaciones clínicas rutinarias.

Este es el motivo por el cual esto es tan importante: Si mientras es afiliado del plan, utiliza su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul en lugar de su tarjeta de membresía de HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) para recibir servicios cubiertos, es posible que usted deba pagar el costo total.

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

Sección 3.2 El Directorio de proveedores y farmacias: su guía para todos los proveedores y 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. En el directorio, también se incluyen los proveedores participantes de Medicaid.

¿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 afiliado 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 no hay un proveedor de la red disponible (por lo general, cuando está fuera del área de servicio), los servicios de diálisis fuera del área de servicio y los casos en los que

Capítulo 1. Primeros pasos como afiliado

HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Vea 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.

Además, los proveedores del plan deben ser quienes le presenten los servicios cubiertos por Medicaid. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre cómo utilizar los proveedores del plan para recibir los servicios de Medicaid que le provee el plan.

¿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 utilizar 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. En nuestro sitio web www.HealthSun.com, se encuentra disponible un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado. También puede llamar a Servicios para Afiliados para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias* por correo. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias* de 2022 para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede llamar a Servicios para Afiliados y pedir una. (Los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto). Comuníquese con el Servicio para Afiliados para obtener más información sobre nuestros proveedores de la red, incluso sus calificaciones. Puede llamar a Servicios para Afiliados en cualquier momento para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de proveedores y farmacias. También puede ver el *Directorio de proveedores y farmacias* en www.HealthSun.com o descargarlo de este sitio web. Puede obtener la información más actualizada sobre los cambios de los proveedores y farmacias de la red a través de Servicios para Afiliados y del sitio web.

Sección 3.3 La lista de medicamentos cubiertos (formulario) del plan

El plan tiene una *lista de medicamentos cubiertos (formulario)*. Para abreviar, la llamamos “lista de medicamentos”. En la lista, se indican qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP). Además de los medicamentos que cubre la Parte D, algunos medicamentos recetados están cubiertos por los beneficios de Medicaid. La lista de medicamentos indica cómo puede saber qué medicamentos están cubiertos por Medicaid.

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 aprobó la lista de medicamentos de HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP).

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 visitar el sitio web del plan (www.HealthSun.com) o llamar a Servicios para Afiliados (en el dorso de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Capítulo 1. Primeros pasos como afiliado**Sección 3.4 Le enviamos un informe mensual llamado *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 con un resumen para ayudarlo a entender los pagos y a llevar un registro de los pagos de estos medicamentos. Este resumen se denomina la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (o la “*EOB de la Parte D*”).

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* detalla 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 que se ha pagado para cada uno de estos medicamentos recetados a lo largo de cada mes en que se utiliza el 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. El Capítulo 5 (*Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D*) le da más información sobre la *Explicación de Beneficios* y sobre cómo puede ayudarlo a hacer un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* también está disponible si lo solicita. Para recibir una copia, comuníquese con Servicios para Afiliados (en el dorso de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP)**Sección 4.1 ¿Cuánto paga por la prima del plan?**

Como afiliado de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2022, su prima mensual para HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) es de **\$0 a \$34.30**. Además, debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B (a menos que Medicaid o un tercero la pague por usted).

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** de la Parte D porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando comenzaron a ser elegibles o porque durante 63 días seguidos o más no tuvieron cobertura “acreditable” de medicamentos recetados. (Cobertura “acreditable” significa que la cobertura debería pagar, 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. Deberán pagar la prima mensual del plan, más el monto de la multa por inscripción tardía a la Parte D.
 - Si recibe Ayuda Extra de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.
 - En caso de que deje de recibir Ayuda Extra, deberá pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D si se queda sin la cobertura de la Parte D o sin alguna otra cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más.
 - 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.
- 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 para un IRMAA tendrán que pagar el monto de la prima estándar y este cargo adicional, que se sumará a la prima.

Capítulo 1. Primeros pasos como afiliado**Algunos afiliados deben pagar otras primas de Medicare**

Además de pagar la prima mensual del plan, algunos afiliados deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2, para ser elegible y poder inscribirse en nuestro plan, usted debe seguir teniendo elegibilidad para Medicaid y, además, tener Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para la mayoría de los afiliados de HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP), Medicaid paga la prima de la Parte A (si no reúne los requisitos para ella automáticamente) y la prima de la Parte B. Si Medicaid no está pagando las primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo afiliado 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 de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional a la prima. 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. Si su ingreso bajó a causa de un evento que cambió sus circunstancias de vida, puede llamar al Seguro Social y solicitar que reconsidere la decisión.
- **Si se le requiere que pague el monto adicional y no lo hace, se cancelará su inscripción en el plan.**
- También puede visitar el sitio web www.medicare.gov o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia del manual *Medicare y Usted 2022* le brinda información sobre estas primas en la sección llamada “Costos de Medicare de 2022”. Todas las personas que tengan Medicare recibirán una copia del manual *Medicare y Usted 2022* todos los años en el otoño. Las personas recién inscritas en Medicare la reciben en el plazo de un mes después de inscribirse. También puede descargar una copia 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, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Existen varios modos de pagar la prima de su plan

Existen dos formas de pago de la prima de su plan. En la solicitud de inscripción podrá elegir una opción de pago de la prima. También puede llamar al Departamento de Servicio para Afiliados para seleccionar una opción o cambiar la opción actual (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto).

Si decide cambiar la forma de pago de la prima, el cambio puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, debe asegurarse de pagar la prima del plan a tiempo.

Opción 1: puede pagar con cheque.

Recibirá una factura por la prima de su plan una vez al año. 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 Servicios para Afiliados para obtener más información sobre cómo pagar la prima del plan con un cheque. (Los números de teléfono del Departamento de Servicio para Afiliados están impresos en la contraportada de este folleto).

Capítulo 1. Primeros pasos como afiliado**Opción 2: Puede hacer deducir la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social**

Puede hacer deducir la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicios para Afiliados para obtener más información sobre cómo pagar la prima mensual del plan de este modo. Nos complacerá ayudarlo con este tema. (Los números de teléfono del Servicio para Afiliados están impresos en la contraportada de este folleto).

Qué debe hacer si tiene problemas para pagar la prima de su plan

El pago de la prima de su plan debe llegar a nuestras oficinas después de que reciba la factura anual. Si decide hacer un pago mensual, el pago se debe realizar antes del último día de cada mes. Le enviaremos una factura a fin de año en la que se informará el monto mensual para el siguiente año de inscripción y el monto anual de la prima de su plan.

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

Sección 4.3 ¿Podemos cambiar la prima mensual del plan durante el año?

No. No estamos autorizados a cambiar el monto que facturamos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambiará para el año siguiente, se lo notificaremos en septiembre, y el cambio entrará en vigencia el 1.º de enero.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de afiliación del plan**Sección 5.1 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 que se hagan en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo, por parte de su empleador, el empleador de su cónyuge, compensación para trabajadores o Medicaid).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, 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 a los Servicios para Afiliados para informarnos sobre cualquier cambio en esta información (en el dorso de este folleto, encontrará impresos los números telefónicos).

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.

Capítulo 1. Primeros pasos como afiliado**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 7 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 6 Protegemos la privacidad de su información personal de salud**Sección 6.1 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 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan**Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?**

Cuando tiene otro seguro (por ejemplo, cobertura de salud grupal por el 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 de salud grupal se basa en 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 su 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.
- 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 realizarán un pago luego de que Medicare y/o los planes de salud grupal brindados por empleadores hayan pagado.

Capítulo 1. Primeros pasos como afiliado

Si tiene otro seguro, indíquese 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 MediSun Plus (HMO D-SNP) (cómo contactarse con nosotros y cómo comunicarse con Servicios para Afiliados del plan)	17
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	23
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (asistencia, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare en forma gratuita).....	24
SECCIÓN 4	Organización para la Mejora de la Calidad (pagada por Medicare para controlar la calidad del cuidado médico brindado a las personas con Medicare).....	25
SECCIÓN 5	Seguro Social	25
SECCIÓN 6	Medicaid (un programa federal y estatal conjunto que brinda asistencia financiera para los gastos médicos de algunas personas que tienen ingresos y recursos limitados).....	26
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.....	30

SECCIÓN 1 Información de contacto de HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) (cómo contactarse con nosotros y cómo comunicarse con Servicios para Afiliados del plan)

Cómo ponerse en contacto con el Servicio para Afiliados de nuestro plan

Para obtener asistencia con reclamaciones, facturación o preguntas sobre la tarjeta de membresía, llame o escriba a Servicios para Afiliados de HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP). 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. El departamento de Servicios 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 su 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 debe hacer si tiene un problema o un 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

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo contactarse con nosotros cuando solicite una decisión de cobertura de medicamentos recetados de la Parte D**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o acerca del monto que pagaremos por los medicamentos recetados cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en el plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

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., todos los 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., todos los 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

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo contactarse con nosotros cuando presente 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 relacionada con su atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un 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 contactarse con nosotros cuando presente un reclamo sobre su atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D**

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió. 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 relacionado con su atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un 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 acerca de HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar un reclamo en línea ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de 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 (*Solicitarnos 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. Consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*) para obtener más información.

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	<i>1-877-206-0500.</i> 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	<i>1-877-206-0500.</i> 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

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)**

Medicare es el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o más, algunas personas de menos de 65 años con discapacidades, y personas con enfermedad renal en etapa terminal (personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare está compuesta por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados “CMS”). Esta agencia tiene contrato con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Medio	Medicare: información de contacto
TELÉFONO	1-800-MEDICARE, o al 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	<p>www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y los temas actuales relacionados con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de atención médica domiciliaria y centros de diálisis. Cuenta con folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. Además, podrá encontrar los contactos de Medicare de su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también brinda información detallada sobre su elegibilidad y opciones de inscripción de Medicare mediante las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herramienta de elegibilidad de Medicare: brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • Localizador de planes de Medicare: brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro suplementario 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. <p>También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare cualquier reclamo que tenga sobre HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar a Medicare sobre su reclamo: Puede presentar un reclamo acerca de HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, ingrese en 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, quizá pueda visitar nuestro sitio web usando una de las computadoras de su biblioteca local u 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, 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 brindar asesoramiento sobre el seguro de salud gratuito a nivel local, a personas con Medicare.

Los asesores del SHINE pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Pueden ayudarlo a entender 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 planes.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov
- Haga clic en “**Forms, Help, and Resources**” (Formularios, Ayuda y Recursos) en la parte derecha del menú en la parte superior
- En el menú desplegable, haga clic en “**Phone Numbers & Websites**” (Números de teléfono y Sitios web)
- Ahora, verá varias opciones
 - Opción 1: Puede tener un **chat en vivo**
 - Opción 2: Puede hacer clic sobre cualquiera de los “**TOPICS**” (Temas) del menú en la parte inferior
 - Opción 3: Puede seleccionar su **STATE** (Estado) en el menú desplegable y hacer clic en GO (Ir). Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Medio	Sirviendo a las Necesidades de Seguro de Salud de las Personas Mayores (SHINE), (SHIP de Florida): 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 del cuidado médico brindado 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 médica 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, hora del centro y hora 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 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 los 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.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Medio	Seguro Social: información de contacto
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 federal y estatal conjunto que brinda asistencia financiera para los gastos médicos de algunas personas que tienen 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.

HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) cubrirá todos sus servicios de Medicare y la mayoría de sus servicios cubiertos de Medicaid si es elegible para los servicios de Medicaid solamente, en virtud de este plan. Algunos beneficios de Medicaid, como los servicios a largo plazo, seguirán estando cubiertos por Medicaid directamente. También recibirá Ayuda Extra de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. Nuestro plan lo ayudará a manejar todos estos beneficios para que pueda recibir los servicios de atención médica y la asistencia para pagos que le corresponden.

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

- **Beneficiarios calificados de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos especificados (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para todos los beneficios 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 los servicios de asistencia de Medicaid, comuníquese con la Agencia para la Administración de la Atención de la Salud (AHCA) de Florida (el programa de 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

El Programa de Defensor de Florida (Florida Ombudsman Program) ayuda a personas inscritas en Medicaid que tienen problemas con servicios o facturación. Puede ayudarlo a presentar una queja o una apelación ante nuestro plan.

Medio	Programa de Defensor de Florida: información de contacto
POR TELÉFONO	1-888-831-0404 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
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	4040 Esplanade Way Suite 380 Tallahassee, FL 32399 LTCOPInformer@elderaffairs.org
SITIO WEB	www.ombudsman.elderaffairs.org

El Defensor de Atención a Largo Plazo de Florida (Long Term Care [LTC] Ombudsman of Florida) ayuda a las personas a obtener información sobre los hogares de ancianos y a resolver problemas entre los hogares de ancianos y los residentes o sus familias.

Medio	Defensor de Atención a Largo Plazo de Florida : información de contacto
POR TELÉFONO	1-888-831-0404 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
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	4040 Esplanade Way Suite 380 Tallahassee, FL 32399 LTCOPInformer@elderaffairs.org
SITIO WEB	www.ombudsman.elderaffairs.org

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

Programa Ayuda Extra de Medicare

Muchos de nuestros afiliados reúnen los requisitos para obtener y ya reciben Ayuda Extra de Medicare para pagar los costos del plan para medicamentos recetados.

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 reúne los requisitos, 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 les envía una carta por correo.

Si tiene preguntas sobre la Ayuda Extra, llame a los siguientes números:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La Oficina 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.
- La oficina de Medicaid de su estado (consulte la Sección 6 de este capítulo si desea obtener 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.

- Si tiene documentación que justifique que hemos aplicado un nivel de subsidio por bajos ingresos incorrecto a su cuenta, comuníquese con el departamento de Servicios para Afiliados para obtener instrucciones de cómo enviar esa documentación (en el dorso de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono). 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 corrigió 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 los siguientes medios de prueba de un afiliado, del farmacéutico, defensor, representante, familiar del afiliado u otra persona que actúe en nombre del afiliado para establecer que un afiliado reúne los requisitos para recibir Ayuda Extra debido a su estado de bajos ingresos:
 - Una copia de la tarjeta de afiliado de Medicaid con el nombre del afiliado y la 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 impresa del expediente electrónico de inscripción del estado que confirme su condición activa de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
 - Una copia impresa de los sistemas de Medicaid del estado que confirme su condición activa de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

- Una carta de la Administración del Seguro Social (SSA) que demuestre que la persona recibe SSI; o
- Una solicitud presentada por un afiliado considerado elegible que establezca que el afiliado es "...elegible automáticamente para la ayuda extra...".
- HealthSun Health Plans aceptará cualquiera de los siguientes medios de prueba de un afiliado, del farmacéutico, defensor, representante, familiar del afiliado u otra persona que actúe en nombre del beneficiario para establecer que un afiliado reúne los requisitos para recibir Ayuda Extra debido a que está recluido o a que recibe servicios en el hogar y comunitarios (HCBS).
 - Remesa del centro que muestre 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 del Estado que confirma el pago de Medicaid en nombre de la persona al centro por un mes calendario completo posterior a junio del año calendario anterior;
 - Impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid del Estado donde se muestre el estado institucional de esa persona de acuerdo con al menos un mes calendario completo de estadía para fines 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 de HCBS durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
 - Plan de servicio de HCBS emitido por el Estado 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;
 - Carta de aprobación de autorización previa para HCBS emitida por el Estado 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 del Estado que confirme su estado de elegibilidad de HCBS durante un mes posterior a junio del año calendario anterior; o
 - Documento emitido por el Estado, como un aviso de pago, que confirma el pago de HCBS y que incluya 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 Servicios para Afiliados si tiene preguntas (en el dorso de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

¿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 (AIDS Drug Assistance Program, 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 ADAP reúnen los requisitos para la asistencia para los costos compartidos en recetas a través del ADAP 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.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Si actualmente está inscrito en un ADAP, podrá seguir recibiendo asistencia con los costos compartidos de Medicare Parte D para adquirir los medicamentos que estén en el formulario del ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifique a su representante de inscripción en ADAP local cualquier cambio en el nombre o número de póliza del plan de Medicare Parte D. Llame al ADAP de Florida al 1-800-352-2437 (1-800-FLA-AIDS) en inglés / 1-800-545-7432 (1-800-545-SIDA) en español / 1-800-243-7101 (1-800-AIDS-101) en 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) en inglés / 1-800-545-7432 (1-800-545-SIDA) en español / 1-800-243-7101 (1-800-AIDS-101) en 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?

La mayoría de nuestros afiliados reciben Ayuda Extra de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos recetados. Si usted recibe Ayuda Extra, el Programa de descuentos durante la etapa sin cobertura de Medicare (Medicare Coverage Gap Discount Program) no se aplica a su caso. Si recibe Ayuda Extra, usted ya tiene cubiertos los costos de los 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 (Railroad Retirement Board, RRB) 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
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/

CAPÍTULO 3

Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

SECCIÓN 1	Cuestiones que debe saber para acceder a su atención médica y otros servicios cubiertos como afiliado de nuestro plan	34
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?.....	34
Sección 1.2	Normas básicas para acceder a su atención médica y otros servicios cubiertos por el plan	34
SECCIÓN 2	Utilice los proveedores de la red del plan para recibir atención médica y otros servicios.....	35
Sección 2.1	Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención	35
Sección 2.2	Tipos de atención médica y otros servicios que puede obtener sin tener que solicitar aprobación previa de su PCP.....	36
Sección 2.3	Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red	37
Sección 2.4	Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red	38
SECCIÓN 3.	Cómo acceder a los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o cuando necesita atención urgente o durante una catástrofe.....	39
Sección 3.1	Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica	39
Sección 3.2	Cómo obtener atención cuando necesita servicios de urgencia	40
Sección 3.3	Cómo obtener atención durante una catástrofe	40
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente a usted el costo total de los servicios cubiertos?	41
Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos.....	41
Sección 4.2	Qué debería hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan	41
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?	41
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?	41
Sección 5.2	Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué parte?	42
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa no médica de atención de la salud”	43
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa no médica de atención de la salud?	43
Sección 6.2	Servicios de atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud.....	43
SECCIÓN 7	Normas para ser propietario del equipo médico duradero.....	44
Sección 7.1	¿Será propietario del equipo médico duradero después de realizar cierta cantidad de pagos de acuerdo con nuestro plan?	44
SECCIÓN 8	Normas para los equipos de oxigenación, los suministros y el mantenimiento	44
Sección 8.1	¿Cuáles son sus beneficios de oxigenación?	44
Sección 8.2	¿Cuáles son sus costos compartidos? ¿Cambiará después de 36 meses?.....	44
Sección 8.3	¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a inscribirse en Original Medicare?.....	45

SECCIÓN 1 Cuestiones que debe saber para acceder a su atención médica y otros servicios cubiertos como afiliado de nuestro plan

En este capítulo se explica lo que debe saber para utilizar el plan y acceder a su atención médica y otros servicios cubiertos. 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 obtener más información sobre los servicios de atención médica y otros servicios que cubre nuestro plan, y cuánto debe pagar por ellos, consulte el cuadro de beneficios el Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos: lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*).

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 no paga o solo paga solo su parte del costo de los servicios cubiertos.
- 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 acceder a su atención médica y otros servicios cubiertos por el plan

Al ser un plan médico de Medicare y Medicaid, HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) debe cubrir todos los servicios que cubre Original Medicare y puede ofrecer otros servicios además de los que cubre Original Medicare. Consulte el Cuadro de beneficios médicos que se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto.

Por lo general, HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) cubre su atención médica siempre y cuando se cumplan estas condiciones:

- **La atención que usted recibe está 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 considera médicamente necesaria.** “Medicamente 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.

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

- 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 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 o Medicaid exige que nuestro plan cubra, y los proveedores de nuestra red no pueden brindársela, puede recibirla de un proveedor fuera de la red. Necesitará la autorización previa del plan antes de recibir la atención. En este caso, cubriremos estos servicios como si recibiese la atención de un proveedor dentro 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 temporariamente fuera del área de servicio del plan.

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

Sección 2.1	Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención
--------------------	--

¿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

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

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 seleccionar su PCP al momento de inscribirse en el plan. Puede anotar la información del PCP en su solicitud de inscripción o puede llamar al Departamento de Servicios para Afiliados para seleccionar su PCP (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto). Puede seleccionar el PCP de su elección del *Directorio de proveedores y farmacias* del plan o puede llamar al Departamento de Servicios 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. La atención de su PCP comenzará el día 1 del mes siguiente al mes durante el cual se realizó la solicitud. También puede cambiar su PCP en cualquier momento (según 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, puede verse limitado a elegir entre los especialistas u hospitales a los cuales ese PCP remite a sus pacientes.

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 1.^{er} día del mes siguiente al mes en el que usted llamó y habló con un representante de Servicios para Afiliados de HealthSun para solicitar un PCP nuevo. 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 Tipos de atención médica y otros servicios que puede obtener sin tener que solicitar 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 dentro de la red
- Vacuna contra la gripe, vacunaciones contra la COVID-19, la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando las reciba un proveedor dentro de la red
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencias 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 al 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 del Servicio para Afiliados aparecen 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.
- Servicios dentales, 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 y otros servicios cubiertos

- 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 información, consulte el Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2.1, Servicios para tratar enfermedades renales, del Capítulo 4.
- Medicamentos cubiertos por Medicare de la Parte B. 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.
- Determinados servicios preventivos cubiertos por Medicare, siempre y cuando los reciba de parte de un proveedor 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.
- Determinados beneficios complementarios, siempre y cuando los reciba de parte 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 médica 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 remisión (aprobación por adelantado) que obtuvo de su PCP para la primera visita cubre más consultas al especialista. Si no tiene una referencia antes de recibir los servicios de un especialista, es posible que deba pagar estos servicios usted mismo.

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

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 el PCP en cualquier momento si desea consultar con un especialista del plan al que su PCP actual no puede remitirlo. 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 el plan, de modo que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está bajo un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa dicho tratamiento médicamente necesario y nosotros procuraremos garantizar que así sea.
- 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 el especialista que lo atiende dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar otro proveedor que lo atienda.

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

Si los proveedores de servicios especializados no están disponibles en nuestra red o si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra, y los proveedores de nuestra red no pueden brindársela, puede obtener una autorización previa del plan para recibirla 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 (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.

Si usa un proveedor fuera de la red para los servicios de diálisis renal que recibe de un centro de diálisis certificado por Medicare, pagará la misma cantidad que pagaría si obtuviera la atención de un proveedor 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 o alguien más deberá llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente en un plazo de 48 horas. Llame al número que se encuentra 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 emergencias 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, 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:

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

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

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

Se denominan “servicios de urgencia” a una lesión o afección, o una 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 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 dentro 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.

Ingrese al sitio web www.HealthSun.com para obtener información sobre cómo acceder a la atención que necesite durante una catástrofe.

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 solicitarnos 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 (*Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para saber qué debe hacer.

Sección 4.2 Qué debería hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicos que sean médicamente necesarios (estos servicios se mencionan en el Cuadro de beneficios médicos del plan en el Capítulo 4 de este folleto) y que se obtengan según 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 el costo total de cualquier servicio que reciba luego de haber agotado sus beneficios para ese tipo de servicio cubierto. Una vez que se haya alcanzado el límite de beneficios, los costos que pague **no** se computarán para el cálculo del máximo de bolsillo. Puede llamar a Servicios 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 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. Medicare primero debe 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

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

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 desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener nuestra aprobación ni 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 estudio, 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 estudio de investigación.
- El 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 los costos compartidos que le corresponde a usted como afiliado 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 un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. Supongamos también que su parte del costo por estos análisis es de \$20 con Original Medicare, pero solo le costaría \$10 con los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y nosotros, \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, el mismo monto que pagaría con 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 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 nada de lo enumerado a continuación:**

- 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 médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará tomografías computarizadas (TC) mensuales realizadas como parte de un estudio si, normalmente, su afección médica requiere solo una TC.

¿Desea obtener más información?

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

SECCIÓN 6 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 hospitalizados 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 Servicios de 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 debe cumplir con los siguientes requisitos:

- El centro 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.
- 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 de acuerdo con 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 afiliado de HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP), usted generalmente no adquirirá la propiedad de los equipos DME alquilados, sin importar cuántos copagos haya pagado por el artículo como afiliado 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 reúne todos los requisitos para obtener la cobertura de Medicare del equipo de oxigenación, mientras esté inscrito, HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) cubrirá lo siguiente:

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

Si renuncia a HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) o ya no necesita un equipo de oxigenación por razones médicas, debe devolver el equipo a su dueño.

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

Sus costos compartidos por la cobertura del equipo de oxigenación de Medicare son de **\$0** por mes.

Sus costos compartidos no cambiarán después de haber estado inscrito en HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) durante 36 meses.

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

Si antes de inscribirse en HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) usted pagó un alquiler durante 36 meses por la cobertura de un equipo de oxigenación, sus costos compartidos en HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) son de **\$0**.

Sección 8.3 ¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a inscribirse en 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 usted pagó un alquiler durante 36 meses por un equipo de oxigenación antes de inscribirse en HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP), se inscribió en HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) durante 12 meses y, luego, volvió a inscribirse en Original Medicare, deberá pagar el costo total de lo que le corresponde por la cobertura del equipo de oxigenación.

De manera similar, si usted pagó durante 36 meses mientras estaba inscrito en HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) y luego regresó a Original Medicare, deberá pagar el costo total de lo que le corresponde por la cobertura del equipo de oxigenación.

CAPÍTULO 4

Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

<u>Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)</u>	
SECCIÓN 1	Cómo entender sus gastos de bolsillo para los servicios cubiertos48
Sección 1.1	Tipos de gastos de bolsillo que posiblemente deba pagar por los servicios cubiertos..... 48
Sección 1.2	¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de Medicare Parte A y Parte B? 48
Sección 1.3	Nuestro plan no les permite a los proveedores “facturarle el saldo” a usted 48
SECCIÓN 2	Utilice el <i>Cuadro de beneficios médicos</i> para saber qué servicios tiene cubiertos y cuánto pagará.....49
Sección 2.1	Sus beneficios médicos y costos como afiliado del plan 49
SECCIÓN 3	¿Qué servicios tienen cobertura fuera de HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP)?85
Sección 3.1	Servicios <i>no</i> cubiertos por HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) 85
SECCIÓN 4.	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?.....85
Sección 4.1	Servicios <i>no</i> cubiertos por el plan (exclusiones de Medicare) 85

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

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y en lo que paga por estos servicios. Incluye un cuadro de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y le muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como afiliado de HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP). 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

Debido a que nuestros afiliados también reciben asistencia de Medicaid, la mayoría de los afiliados no pagarán un gasto de bolsillo por los servicios médicos cubiertos por Medicare Parte A y Parte B (consulte el Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2, a continuación). Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare en virtud de Medicaid, usted no paga nada por los servicios médicos cubiertos de Medicare Parte A y Parte B, siempre que siga las normas del plan para recibir su atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las reglas del plan para obtener atención médica).

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 “**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 los coseguros).

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

Nota: Puesto que nuestros afiliados también obtienen ayuda de Medicaid, muy pocos afiliados alcanzan alguna vez este máximo de bolsillo. Si usted es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare según Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que se compute para el cálculo del monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.

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

Como afiliado de HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP), lo máximo que tendrá que pagar de su bolsillo por los servicios de la Parte A y la Parte B en 2022 es **\$3,450**. Los montos que usted paga por copagos y coseguros de servicios cubiertos se tienen en cuenta para el cálculo de este monto máximo de bolsillo. (Los montos que usted paga por las primas de su plan y por sus medicamentos recetados de la Parte D no se contabilizan 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 sus pagos alcanzan el monto máximo de bolsillo de **\$3,450**, usted no deberá pagar ningún gasto de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de su plan y la 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 afiliado de HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP), una protección importante para usted es que solo tendrá que pagar su parte de los costos compartidos cuando reciba los servicios que cubre el plan.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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.

Así funciona esta protección:

- Si su parte de los costos compartidos 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 remisión).
 - 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 remisión).
- 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).

No permitimos a los proveedores cobrarle por servicios cubiertos. Pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos a usted de todo gasto. Esto rige incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio. Si recibe una factura de un proveedor, llame al Servicio para Afiliados (en el dorso de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

SECCIÓN 2 Utilice el Cuadro de beneficios médicos para saber qué servicios tiene cubiertos y cuánto pagará

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

En el Cuadro de beneficios médicos que aparece en las siguientes páginas, se indican los servicios que cubre HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) y lo que tiene que pagar de su bolsillo por cada servicio. Los servicios que figuran en el Cuadro de beneficios médicos tienen cobertura solo si cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid deben brindarse según las pautas de cobertura establecidas por Medicare y Medicaid.
- Sus servicios (atención médica, servicios, suministros y equipos) *deben* ser medicamente necesarios. “Medicamente 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 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

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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.

- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor dentro de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (a veces llamada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa están marcados en el Cuadro de beneficios médicos con una nota al pie en cada sección de beneficios, según corresponda (es posible que vea “se requiere autorización previa” o “se requiere autorización previa y referencia”).

Otras cuestiones importantes que debe saber sobre la cobertura:

- Usted tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Medicare cubre la atención de la salud y los medicamentos recetados. Según su nivel de Medicaid, Medicaid cubre su parte de los costos compartidos por los servicios de Medicare, incluidas las visitas al hospital y al médico. Medicaid también los servicios que Medicare no cubre.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que Original Medicare cubra. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual *Medicare y Usted 2022*. Léalo en línea, en www.medicare.gov, o pida una copia llamando 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).
- 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 cubrirán esos servicios.
- Además de los servicios de Medicare descritos en el siguiente Cuadro de beneficios, este plan brinda beneficios de Medicaid a las personas con cobertura completa de Medicaid. Puede ver estos beneficios en el cuadro de Medicaid que se encuentra más adelante en este capítulo.
- Si se encuentra en el periodo de 6 meses considerado de elegibilidad continua de nuestro plan, seguiremos brindándole la cobertura de todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este periodo, dejaremos de cubrir cualquier beneficio de Medicaid incluido conforme a Florida Medicaid, y usted deberá pagar cualquier prima de Medicare o los costos compartidos del plan que, de alguna otra forma, el plan cubriría si usted no hubiera perdido la condición de elegible para el Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP) o la elegibilidad doble para beneficios completos (FBDE). Los montos de los costos compartidos de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este periodo.

Si usted es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare por Medicaid, no tiene que pagar nada por los servicios que figuran en el cuadro de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura que ya explicamos.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Medicare brindó aprobación a HealthSun Health Plans para proporcionar estos beneficios y/o copagos/coseguros más bajos como parte del programa Diseño de Seguros Basado en el Valor (Value-Based Insurance Design). Este programa le permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes Medicare Advantage.

Información importante sobre los beneficios para todos los inscritos que participan en los servicios de planificación del bienestar y la atención de la salud (WHP)

- Como HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) participa en los beneficios de Value Based Insurance Design (tarjeta de comestibles saludables y disminución de costos compartidos de medicamentos), usted será elegible para los siguientes servicios de WHP, incluidos los servicios de planificación anticipada de la atención (ACP):
 - Como afiliado de HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP), tiene acceso a un recurso de planificación de atención anticipada en línea llamado MyDirectives®. Este recurso le ayuda a crear una directiva anticipada donde puede combinar los elementos de lo siguiente:
 - Testamento vital: decisiones sobre qué tratamientos médicos le gustaría o no recibir
 - Poder legal para atención médica: designación de uno o más agentes de atención de la salud que pueden tomar decisiones médicas por usted si usted no puede
 - Formulario de donación de órganos
 - Y más, incluidas declaraciones de preferencias religiosas
 - Puede crear un nuevo plan de salud digital en MyDirectives® o, si ya tiene estos documentos preparados, puede cargarlos para que se puedan compartir más fácilmente con aquellos que puedan necesitar acceder a ellos. MyDirectives® está disponible para usted y sus proveedores médicos designados las 24 horas del día, los siete días de la semana. Puede agregar nueva información en cualquier momento a medida que cambie su estado de salud o sus deseos.
 - Para comenzar, inicie sesión en su portal para afiliados de HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) y seleccione My Directives (Mis directivas) en su página de inicio. Lo llevará a MyDirectives® para crear una nueva cuenta o vincular su cuenta existente.
 - La participación en cualquier programa que incluya planificación de bienestar y de atención de la salud o planificación anticipada de atención es voluntaria, por lo que usted es libre de rechazar los servicios en cualquier momento.

Información importante sobre los beneficios para los inscritos que califiquen para la Ayuda Extra:

- Debido a que recibe Ayuda Extra para pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro, puede ser elegible para otros beneficios complementarios específicos y/o costos compartidos reducidos específicos.
- Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4.
- **Los afiliados de este plan no pagarán nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D durante las etapas de deducible, de cobertura inicial, sin cobertura y de cobertura catastrófica.**

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; condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes; trastornos neurológicos; accidente cerebrovascular; y todas las demás afecciones crónicas aprobadas por el plan.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

- 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.


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 si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una referencia para esta por parte de su médico, el asistente médico, un enfermero practicante o un enfermero especialista clínico.</p> <p><i>Se puede requerir autorización previa y referencia.</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:</p> <p>Se cubren hasta 12 visitas 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 se define como:</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 del proveedor:</p> <p>Los médicos (como se define en 1861[r][1] de la Ley del Seguro Social, también conocida como la Ley pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p>	<p>Copago de \$0 por cada tratamiento.</p>





Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Acupuntura para dolor lumbar crónico – Continuación</p> <p>Los asistentes médicos (PA), enfermeros practicantes (NP)/enfermeros especialistas clínicos (CNS) (como se identifica en 1861[aa][5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una maestría o un doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para ejercer la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporcione servicios de acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS, según lo requieren nuestras normativas en el Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR), §§ 410.26 y 410.27.</p> <p>*También cubrimos lo siguiente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doce (12) visitas por año para tratamiento con 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>Se puede requerir autorización previa y referencia.</i></p>	
<p>*Programa de directivas anticipadas</p> <p>El Programa de directivas anticipadas le proporciona herramientas para establecer una directiva médica en línea y asegurarse de que su médico sepa qué tratamientos médicos desea o no desea recibir.</p> <p>Asegúrese de estar preparado para lo inesperado con el Programa de directivas anticipadas. Cree, maneje y comparta una directiva médica anticipada para asegurarse de que su familia, médicos y cuidadores conozcan sus deseos y usted siempre reciba atención a su manera.</p> <p>Para obtener más información y comenzar a usar MyDirectives®, visite www.HealthSun.com, inicie sesión en su Portal para afiliados y seleccione “My Directives” (Mis directivas).</p>	<p>Copago de \$0 por el Programa de directivas anticipadas.</p>
<p>*Medicina alternativa: masaje terapéutico</p> <p>Cubrimos hasta 24 visitas para masaje terapéutico por año. <i>Un médico o profesional médico debe ordenar los servicios.</i></p> <p><i>Se puede requerir autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Copago de \$0 por servicios de masaje terapéutico aprobados por el plan.</p>



Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<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 (MRI) o tomografía computarizada (TC), así como otras recomendaciones previas al tratamiento.</i> <i>Se puede requerir autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Copago de \$0 por cada tratamiento.</p>
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia aérea de ala fija y rotatoria y ambulancia terrestre, hasta el centro correspondiente más cercano que pueda brindar atención, únicamente si son prestados a un afiliado cuya afección médica es tal que cualquier otro tipo de transporte podría poner en peligro la salud de la persona, o si está autorizado por 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 médicamente necesario. <p>Consulte <i>Atención de emergencia</i> para conocer otra información importante sobre la cobertura y los costos compartidos en caso de emergencia. <i>Se puede requerir autorización previa para los servicios de ambulancia que no sean de emergencia, y puede solicitarse para un traslado de una institución a otra o para la vuelta al hogar desde un centro después del alta de un paciente hospitalizado.</i></p>	<p>Copago de \$0 por transporte en ambulancia que no sea de emergencia y 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 visita de bienestar anual no puede tener lugar en el plazo de los 12 meses de su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Sin embargo, usted no necesita haber realizado la visita de “Bienvenida a Medicare” para tener cubiertas las visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B por 12 meses. <i>Se puede requerir autorización previa y referencia.</i></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 le corresponde pagar)

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>Se puede requerir autorización previa y referencia.</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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p><i>Se puede requerir autorización previa y referencia.</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>Se puede requerir autorización previa y referencia.</i></p>	Copago de \$0 por visita para servicios de rehabilitación cardíaca y servicio de rehabilitación cardíaca intensivos 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>Se puede requerir autorización previa y referencia.</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 a un riesgo elevado de padecer enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses). <i>Se puede requerir autorización previa y referencia.</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.



Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer vaginal y de cuello del útero Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p><i>Se puede requerir autorización previa y referencia.</i></p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por las pruebas de Papanicolaou ni por los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones <p>*También cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doce visitas por año para los servicios quiropráctico de rutina. 	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por consulta de atención de rutina.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal Cubrimos los siguientes servicios para personas mayores de 50 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o prueba de detección de enema opaco como alternativa) cada 48 meses <p>Uno de los siguientes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de sangre oculta en heces basada en guayacol (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (PIF) <p>Prueba de detección colorrectal basada en ADN cada 3 años</p> <p>Para personas que tienen un riesgo alto de padecer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección (o prueba de detección de enema opaco como alternativa) cada 24 meses <p>Para personas que no tienen un riesgo alto de padecer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no en el plazo de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección <p><i>Se puede requerir autorización previa y referencia.</i></p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios dentales</p> <p>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:</p> <p>Hasta \$5,000 por servicios preventivos e integrales por año.</p> <p>*Servicios dentales preventivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos exámenes bucales por año • Dos profilaxis (limpiezas) por año • Dos tratamientos de flúor por año • Una serie de radiografías dentales de aleta de mordida dos veces al año • Una serie completa de radiografías de boca completa (panorámicas) cada tres años <p>*Servicios dentales integrales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta dos implantes al año (prostodoncia) • Hasta dos coronas al año (prostodoncia) • Hasta dos tratamientos de conducto al año (endodoncia) • Hasta cuatro servicios de restauración al año (cuatro dientes) • Hasta cuatro extracciones al año (simple) • Un raspado/alisado radicular por cuadrante al año (periodoncia) • Un desbridamiento de boca completa cada 24 meses consecutivos (periodoncia) • Una dentadura postiza parcial cada tres años (prostodoncia) • Una prótesis superior total (dentaduras postizas) cada tres años (prostodoncia) • Una prótesis inferior total (dentaduras postizas) cada tres años (prostodoncia) • Otra 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>Copago de \$0 por servicios dentales preventivos e integrales.</p> <p>\$5,000 es el beneficio anual máximo del plan para servicios dentales preventivos e integrales.</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>Se puede requerir autorización previa y referencia.</i></p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible para realizar una prueba de detección de depresión anual.</p>


Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<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.</p> <p>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>Se puede requerir autorización previa y referencia.</i></p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de la diabetes cubiertas por Medicare.</p>
<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> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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. • El entrenamiento de autoadministración para la diabetes está cubierto en determinadas circunstancias. <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>Se puede requerir autorización previa.</i></p>	<p>Copago de \$0 por entrenamiento de autoadministración para la diabetes cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por suministros para monitorear la glucemia cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por zapatos terapéuticos y plantillas terapéuticas para personas con diabetes cubiertos por Medicare.</p>


Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (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 necesario por motivos médicos cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su zona no trabaja con una marca o un fabricante en particular, puede pedirle que lo solicite especialmente para usted. La lista de proveedores más actualizada está disponible en nuestro sitio web www.healthsun.com.</p> <p>Freestyle Libre es la marca preferida de este plan para monitores continuos de la glucosa (MCG).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los MCG se deben comprar en una farmacia minorista de la red. • Nosotros no cubriremos los MCG comprados a través de un proveedor de DME. <p>DUROLANE, EUFLEXXA, SUPARTZ y Gel-SYN-3 son las marcas que cubriremos de ácidos hialurónicos. También se cubren otras marcas de ácido hialurónico solo si el proveedor las considera medicamente necesarias.</p> <p>Por lo general, HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y los fabricantes que figuran en esta lista. No cubriremos otras marcas ni fabricantes, salvo que su médico u otro proveedor nos informe que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es nuevo en HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) y está utilizando una marca de DME que no figura en la lista, seguiremos cubriendo esta marca hasta 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. (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>Se puede requerir autorización previa.</p>	<p>Copago de \$0 por monitores de la glucosa continuos (CGM) “Freestyle Libre” y sus suministros cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por productos de ácido hialurónico aprobados por el plan.</p> <p>Copago de \$0 por todo otro equipo médico duradero (DME) cubierto por Medicare.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • suministrados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>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 brindamos cobertura fuera de EE. UU. y sus territorios para lo siguiente:</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>El beneficio máximo del plan que se cubre para servicios de atención de urgencia y emergencia en todo el mundo es de \$100,000. 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 por atención de emergencia cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por atención de urgencia/emergencia y transporte de emergencia en todo el mundo.</p> <p>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 que su atención siga teniendo cobertura. <i>O</i> debe obtener la autorización del plan para recibir atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red, y deberá pagar la parte que le corresponde de los costos compartidos 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 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><i>Se puede requerir autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Copago de \$0 por servicios de educación sobre salud y asesoramiento nutricional.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>*Tarjeta para comidas saludables (“Healthy Groceries Card”, por su nombre en inglés) Le damos \$60 todos los meses para comprar alimentos y productos saludables. El monto del beneficio mensual no se transfiere al mes o año siguiente.</p> <p>Los afiliados recibirán una asignación mensual en forma de tarjeta de débito para comprar una amplia variedad de alimentos aprobados, como frutas y verduras, carne y pescado, huevos, queso, leche y otros productos lácteos, cereales integrales, frutos secos, semillas y productos para untar, grasas/aceites vegetales y bebidas suplementarias, entre otros alimentos y productos saludables.</p> <p>Los afiliados son elegibles en función de las calificaciones del estado de bajos ingresos (LIS) para el programa de Ayuda Extra de Medicare. Todos los niveles de calificaciones de LIS son elegibles para recibir este beneficio.</p>	<p>Copago de \$0 para sus beneficios de la tarjeta de alimentos saludables.</p> <p>\$60 es la asignación mensual máxima del plan para la tarjeta de comidas saludables.</p>
<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 lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de audición de rutina al año • Un ajuste/evaluación de audífonos al año • Hasta \$1,500 cada dos años para audífonos aplicados para ambos oídos combinados. <p><i>Se puede requerir autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por examen de rutina.</p> <p>Copago de \$0 por ajuste/evaluación.</p> <p>Copago de \$0 por 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses <p>Para las mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo <p><i>Se puede requerir autorización previa y referencia.</i></p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para la prueba de detección del VIH preventiva cubierta por Medicare.</p>


Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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><i>Se puede requerir autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p>Terapia de infusión a domicilio 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios profesionales, que incluyen servicios de enfermería, suministrados de acuerdo con el plan de atención • La capacitación y la educación para el paciente que no tienen ningún otro tipo de cobertura dentro de los beneficios del 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 <p><i>Se puede requerir autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Centro de cuidados paliativos</p> <p>Usted puede recibir atención de cualquier programa para enfermos terminales certificado por Medicare. Usted es elegible para recibir el beneficio para enfermos terminales 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>En el caso de los servicios para enfermos terminales y servicios que estén cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y que estén relacionados con su prognosis terminal:</u> Original Medicare (en vez de nuestro plan) pagará por sus servicios para enfermos terminales relacionados con su prognosis terminal. Mientras esté en el programa para enfermos terminales, su proveedor de dicho hospicio le facturará a Original Medicare por los servicios que paga Original Medicare.</p> <p><u>En el caso de los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B, pero que 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 prognosis terminal, lo que deberá pagar por estos servicios dependerá de si lo atiende un proveedor de la red de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si recibe los servicios cubiertos de parte de un proveedor dentro de la red, solo deberá pagar el monto de la distribución de costos del plan por los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga los costos compartidos de Medicare de pago por servicio (Original Medicare). <p><u>En el caso de los servicios que cubre HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP), pero que no cubren Medicare Parte A ni Parte B:</u> HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan y que no estén cubiertos por la Parte A o B, independientemente de si se relacionan o no 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 la Sección 9.4 del Capítulo 5 (<i>Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare</i>).</p> <p>Nota: Si necesita cuidados que no sean para enfermos terminales (es decir, que no estén relacionados con su prognosis terminal), contáctenos para organizar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta sobre hospicios (una sola vez) para un enfermo terminal que no eligió el beneficio para enfermos terminales.</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa para enfermos terminales certificado por Medicare, Original Medicare, y no HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP), pagará sus servicios para enfermos terminales y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su prognosis terminal.</p> <p>Copago de \$0 por una visita de consulta antes de elegir el hospicio.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<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 la 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>Se puede requerir autorización previa para determinados servicios preventivos.</i></p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.</p>
<p>*Servicios de apoyo en el hogar</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Proporciona hasta 30 horas por año de acompañamiento y ayuda para las actividades de la vida diaria, como ayuda con tareas livianas, recados, soporte técnico y más. ● El apoyo en el hogar puede brindarse con otros beneficios o planes de salud para promover la independencia de un afiliado, ayudar a disminuir su sensación de aislamiento social y mejorar su estado mental general. ● Debe utilizar el proveedor aprobado por el plan. Comuníquese con Servicios para Afiliados para obtener información adicional. 	<p>Copago de \$0 por servicios de apoyo en el hogar.</p>


Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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 días adicionales ilimitados cuando sea médicamente necesario. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</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 • 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, nos ocuparemos de que su caso sea revisado por un centro de trasplante aprobado por Medicare, que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o encontrarse 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 MediSun Plus (HMO D-SNP) proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera del modelo de atención para trasplantes de su comunidad y usted elige hacerse el trasplante en este lugar distante, dispondremos o pagaremos el costo del alojamiento y el transporte adecuados para usted y un acompañante. • 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 • Servicios del médico <p><i>Se puede requerir autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Copago de \$0 por atención hospitalaria para pacientes hospitalizados.</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 le corresponde pagar)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados – Continuación</p> <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 internado 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 hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Esta hoja de información se encuentra disponible en Internet, en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf, o puede obtenerla 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>Se puede requerir autorización previa y referencia.</i></p>	
<p>Atención de la salud mental para pacientes hospitalizados</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen atención de la salud mental que requiera hospitalización. Existe un límite de por vida de 190 días para los servicios hospitalarios psiquiátricos para pacientes hospitalizados 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>Se puede requerir autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Copago de \$0 por cada hospitalización 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>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Internación: servicios cubiertos prestados en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios como paciente hospitalizado en un centro de atención de la salud mental o de enfermería especializada (SNF), o si la hospitalización no se considera razonable y necesaria, no cubriremos dicha estadía. 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 de pierna, de brazo, collarines, bragueros, y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos 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>Se puede requerir autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Su parte de los costos compartidos para los servicios cubiertos durante una hospitalización no cubierta se describen en este cuadro.</p>
<p>*Comidas: posteriores al alta</p> <p>Los afiliados son elegibles para recibir tres comidas nutritivas congeladas precocidas por día sin costo durante dos semanas (42 como máximo) después de una hospitalización de una noche en el hospital o un centro de enfermería, o después de una cirugía con hospitalización. Máximo de dos admisiones como paciente hospitalizado por año.</p> <p><i>Se puede requerir autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Copago de \$0 por comidas aprobadas por el plan.</p>
<p> Terapia médica de nutrición</p> <p>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.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia médica de nutrición conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare), y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, podrá recibir más horas de tratamiento con la 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.</p> <p><i>Se puede requerir autorización previa y referencia.</i></p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para los servicios de terapia médica de nutrición cubiertos por Medicare.</p>


Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<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>Se puede requerir autorización previa y referencia.</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 le corresponde pagar)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Medicamentos recetados de Medicare Parte B</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 inmunodepresores si usted se inscribió en Medicare Parte A en el momento del trasplante de órgano • Medicamentos inyectables para tratar la osteoporosis si está confinado en el hogar, tiene una fractura de hueso que un médico haya certificado como relacionada a la osteoporosis posmenopausia, y no puede administrarse usted el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos orales anticancerosos y medicamentos contra 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 son las siguientes: Factor estimulante de colonias de acción corta (CSF), inmunoglobulina (IG), antagonistas selectivos del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF), factor estimulante de colonias de acción prolongada (CSF), agentes inyectables para la anemia por deficiencia de hierro <p>A través del siguiente enlace, podrá consultar una lista de los medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la 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>Se puede requerir autorización previa.</p>	<p>Los costos compartidos se basan en el servicio prestado y el lugar donde se lo recibe.</p> <p>Copago de \$0 por medicamentos para quimioterapia/radiación de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B de Medicare <i>administrados en un centro médico participante.</i></p> <p>Copago de \$0 o hasta el 20% del costo por medicamentos para quimioterapia/radiación de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B de Medicare <i>administrados en el consultorio de un médico, en una farmacia o en un hospital como servicio para paciente ambulatorio.</i> Los afiliados con doble elegibilidad que reciben asistencia con los costos compartidos de Medicaid para servicios cubiertos de Medicare no pagan nada por los medicamentos de la Parte B de Medicare, siempre que sigan las normas de los planes para obtener la atención médica.</p> <p>Hay algunos medicamentos de la Parte B de Medicare que requieren terapia escalonada además de obtener 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 al Servicio para Afiliados al 1-877-336-2069.</p>	<p>Copago de \$0 por el servicio de línea directa de enfermería.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de obesidad y terapia para favorecer la pérdida estable de peso</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>Se puede requerir autorización previa y referencia.</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 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>Se puede requerir autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos</p> <p>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 cuarta 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>Se puede requerir autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Copago de \$0 por radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por suministros quirúrgicos, férulas, yesos y otros dispositivos cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por análisis de laboratorio y servicios de sangre cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por otras pruebas de diagnóstico ambulatorias cubiertas por Medicare.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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 internado o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios de observación en hospital para 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 hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Esta hoja de información se encuentra disponible en Internet, en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf, o puede obtenerla 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>Se puede requerir autorización previa.</i></p>	<p>Copago de \$0 por servicios de observación en hospital para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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. 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. Puede encontrar más información en la hoja de información de Medicare “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Esta hoja de información se encuentra disponible en Internet, en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf, o puede obtenerla 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. Los servicios cubiertos mencionados aquí también se describen en esos artículos en otras partes de este cuadro. Consulte <i>Atención de emergencia</i> para encontrar información importante sobre sus servicios cubiertos en un departamento de emergencias. Se puede requerir autorización previa y referencia.</p>	<p>Copago de \$0 o hasta el 20 % del costo por medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare. Los afiliados con doble elegibilidad que reciben asistencia con los costos compartidos de Medicaid no pagan nada por los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare. Consulte <i>Medicamentos recetados de Medicare Parte B</i> para conocer los detalles.</p> <p>Copago de \$0 por todos los demás servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p> <p>Los servicios para pacientes ambulatorios cubiertos que se incluyen en este beneficio también se describen en otras secciones de este Cuadro de beneficios médicos (busque atención de emergencia; medicamentos de Medicare Parte B; pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios; servicios de observación; atención de la salud mental para pacientes ambulatorios; rehabilitación para pacientes ambulatorios; cirugía para pacientes ambulatorios; hospitalización parcial y demás servicios para pacientes ambulatorios que pueda recibir en un hospital).</p>
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero especialista clínico, enfermero practicante, asistente médico u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales correspondientes. Se puede requerir autorización previa y referencia.</p>	<p>Copago de \$0 por sesiones individuales y grupales cubiertas por Medicare.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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>Se puede requerir autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Copago de \$0 por visita para terapia física cubierta por Medicare. Copago de \$0 por visita para terapia ocupacional cubierta por Medicare. Copago de \$0 por visita para terapia del lenguaje/habla 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>Se puede requerir autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Copago de \$0 por 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 escriba 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 la cirugía ambulatoria. Incluso si se queda de un día para otro en el hospital, podría ser considerado un paciente “ambulatorio”. <i>Se puede requerir autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Copago de \$0 por cirugías para pacientes ambulatorios en un centro de cirugía ambulatoria cubiertas por Medicare. Copago de \$0 por cirugías para pacientes ambulatorios en un hospital cubiertas por Medicare.</p>
<p>*Artículos de venta libre (OTC) Cubrimos hasta \$125 por mes para sus artículos OTC. El monto del beneficio de OTC no se traslada de un mes a otro. 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 hacer un pedido de OTC conforme al plan, llámenos al 1-855-963-0400. TTY: 1-877-206-0500.</p>	<p>Copago de \$0 por los artículos de OTC aprobados por el plan. \$125 es el beneficio mensual máximo 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>Se puede requerir autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare.</p>


Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>*Sistema de respuesta ante emergencias personales Cobertura de un sistema de respuesta ante emergencias personales y supervisión mensual en la casa del afiliado cuando lo coordina el Plan con nuestro proveedor contratado. El beneficio del sistema de respuesta ante emergencias personales proporciona un dispositivo en la casa para notificar al personal adecuado en caso de emergencia (por ejemplo, una caída). Llame a Servicios para Afiliados para obtener más información o solicitar la unidad. <i>Se puede requerir autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Copago de \$0 por un sistema de respuesta ante emergencias personales y supervisión mensual 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 proveedor de atención primaria (PCP) o especialista si su médico los solicita para determinar si usted necesita tratamiento médico • Determinados servicios de telesalud, incluidos los siguientes: servicios de un PCP, sesiones individuales para servicios especializados de salud mental y servicios psiquiátricos, y otros servicios de profesionales de atención médica, como enfermeros practicantes, enfermeros especialistas clínicos y asistentes médicos. <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita presencial o mediante telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios mediante telesalud, debe utilizar un proveedor dentro de la red que ofrezca el servicio por este medio. • Algunos servicios de telesalud, incluidas las consultas, los diagnósticos y los tratamientos de un médico o profesional, para pacientes en determinadas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • 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 	<p>Copago de \$0 por los servicios de PCP cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por servicios de médicos especialistas cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por servicios de profesionales de atención médica cubiertos por Medicare.</p> <p>La información sobre su cobertura y los costos compartidos para servicios dentales, servicios de audición, prueba de diagnóstico ambulatoria/radiología, servicios de hospital para pacientes ambulatorios, otros servicios para pacientes ambulatorios, vista y todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare se describen debajo de esos ítems en otras partes de este cuadro.</p>




Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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 diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para afiliados que padecen un trastorno relacionado con el uso de sustancias o un trastorno de salud mental simultáneo, independientemente de su ubicación • Registros virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico durante 5-10 minutos <u>si se aplica lo siguiente:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ no es un paciente nuevo, y ○ La consulta no se relaciona con una visita al consultorio durante 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 de videos y/o imágenes que le envíe al médico, y la interpretación y el seguimiento del médico en las 24 horas posteriores <u>si se aplica lo siguiente:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ no es un paciente nuevo, y ○ La evaluación no se relaciona con una visita al consultorio durante 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. • Consultas que su médico les haga a otros médicos por teléfono o Internet, o la evaluación del 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><i>Se puede requerir autorización previa y referencia para los servicios de médicos especialistas y servicios de otros profesionales de atención médica.</i></p>	
<p>Servicios de podología</p> <p>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 lo siguiente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una visita cada tres meses para atención de rutina de los pies. <p><i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada visita de rutina cada tres meses.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<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>Se puede requerir autorización previa y referencia.</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>Se puede requerir autorización previa.</i></p>	<p>Copago de \$0 por 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>Se puede requerir autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Copago de \$0 por rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p>
<p>*Prevención de readmisión (cuidado personal para recuperación en la casa) Dentro de un plazo de 10 días desde el alta de un paciente hospitalizado, el afiliado es elegible para una evaluación en el hogar realizada por un profesional de la salud calificado para verificar que no haya riesgos de lesiones en el hogar, ajustar los medicamentos e identificar los requisitos de apoyo adicionales, incluida la asistencia de relevo del cuidador. Una vez recibida la aprobación, cubriremos hasta 16 horas de apoyo en el hogar.</p> <p>Prueba de actividades de la vida diaria (ADL)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentarse • Bañarse, vestirse, asearse • Ir al baño • Deambular/moverse <p>Actividades instrumentales de la vida diaria (IADL)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de limpieza ligeras • Preparación de comidas • Administración de medicamentos <p>Las horas de apoyo en la casa se deben usar en incrementos de 2 horas para los servicios cubiertos (máximo de cuatro horas por día). Dos admisiones en un hospital para pacientes hospitalizados por año como máximo.</p> <p><i>Se puede requerir autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Copago de \$0 por servicios aprobados por el plan.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Chequeo 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. 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. <i>Se puede requerir autorización previa y referencia.</i></p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol cubierto por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) Para las personas que califiquen, se cubre una LDCT cada 12 meses. Los afiliados elegibles son los siguientes: personas de 55 a 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de fumar tabaco de al menos 30 paquetes por año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que han recibido una orden escrita para hacerse una LDCT durante el asesoramiento de una prueba de detección del cáncer de pulmón y una visita de toma de decisiones compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas visitas, a cargo de un médico o un profesional no médico calificado. <i>Para realizarse pruebas de detección del cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección inicial con LDCT:</i> el afiliado debe recibir una orden escrita para hacerse una prueba de detección del cáncer de pulmón con LDCT, que podrá realizarse durante cualquier visita adecuada con un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado elige proporcionar asesoramiento sobre la prueba de detección del cáncer de pulmón y una visita de toma de decisiones compartida para pruebas de detección del cáncer de pulmón con LDCT posteriores, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para tales visitas. <i>Se puede requerir autorización previa y referencia.</i></p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por el asesoramiento y la visita de toma de decisiones compartidas que cubre Medicare ni por la LDCT.</p>
<p> Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para la prevención de ITS 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. 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. <i>Se puede requerir autorización previa y referencia.</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>


Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para tratar enfermedades renales 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 referidos 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>Se puede requerir autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Copago de \$0 por servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por tratamiento de diálisis cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por otros servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p>*SilverSneakers (acondicionamiento físico) 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 por el programa de acondicionamiento físico aprobado por el plan.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (Skilled nursing facility, 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”). 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 incluyen, 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 solo 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 • 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 • Uso de equipos, como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF • Servicios prestados por un médico/profesional <p>En general, usted recibirá su atención en un SNF dentro de la red. Sin embargo, en determinadas circunstancias que se detallan a continuación, podrá obtener la atención en un centro que no sea un proveedor de la red si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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><i>Se puede requerir autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Copago de \$0 por cada estadía desde el día 1 hasta el día 100 cubierta por Medicare.</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>



Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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)</p> <p><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.</p> <p><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 consumir tabaco en un periodo de 12 meses; sin embargo, usted deberá pagar la parte que le corresponde de los costos compartidos. Cada sesión de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.</p> <p><i>Se puede requerir autorización previa y referencia.</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</p> <p>Beneficio de Comidas saludables</p> <p>Cubrimos una comida por día, hasta 20 comidas por mes.</p> <p>Los afiliados de nuestro plan elegibles en función de los criterios clínicos de una afección crónica, según lo determinado por nuestro médico, pueden recibir comidas saludables en su casa o en ubicaciones participantes aprobadas por el plan para ayudarlos a mantener una alimentación saludable que sea adecuada para una condición médica o sus necesidades nutricionales.</p> <p>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. Las siguientes son las afecciones crónicas aplicables: diabetes, insuficiencia cardíaca crónica, enfermedad hepática en etapa terminal, enfermedad renal en etapa terminal (ESRD), VIH/SIDA, cáncer, accidente cerebrovascular, enfermedades de la salud mental crónicas 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.</p> <p><i>Se puede requerir autorización previa y referencia para las Comidas saludables.</i></p> <p>Beneficio para el cuidado de la higiene personal</p> <p>Cubrimos hasta \$25 por mes para el mantenimiento de rutina del cabello y las uñas.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lavado/corte de cabello y tratamiento de uñas básicos.</p> <p>Los afiliados son responsables del pago de los servicios proporcionados fuera de las clínicas locales del plan y de todos los costos que excedan el límite mensual, y se les reembolsará hasta el límite mensual si presentan un comprobante de prestación de cosmetólogas licenciadas junto con un formulario de reembolso al Plan.</p>	<p>Copago de \$0 para beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos aprobados por el plan.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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. Se puede requerir autorización previa y referencia.</p>	<p>Copago de \$0 por visita de 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. Se puede requerir autorización previa y referencia.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos de transporte cubiertos 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>El beneficio máximo del plan que se cubre para servicios de atención de urgencia y emergencia en todo el mundo es de \$100,000.</p>	<p>Copago de \$0 por la atención de urgencia cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por la atención de urgencia en todo el mundo.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Atención de la visión</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 senil. Original Medicare no cubre exámenes oftalmológicos de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas que tengan riesgo de glaucoma, cubriremos un chequeo de glaucoma por año. Entre las personas que presentan un riesgo alto de glaucoma se encuentran las siguientes: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos mayores de 50 años e hispanoamericanos mayores de 65 años. • 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 cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular (si tiene dos operaciones de cataratas diferentes, no puede reservarse el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). <p>*También cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de la vista de rutina por año • Hasta \$400 por año para anteojos y lentes de contacto adicionales (los productos para la vista incluyen lentes para anteojos, marcos de anteojos o anteojos con lentes y marcos). 	<p>Copago de \$0 por servicios de atención de la vista cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por prueba de detección del glaucoma cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por examen oftalmológico de rutina.</p> <p>Copago de \$0 para todos los productos para la vista</p> <p>\$400 es el beneficio anual máximo del plan para anteojos y lentes de contacto adicionales.</p>
<p> Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”</p> <p>El plan cubre la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” por única vez. Esta consulta incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos ciertos chequeos y vacunas) y remisiones a otros tipos de cuidado en caso de que fuera necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” solo en el plazo 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 visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.</p>	<p>No corresponde ningún coseguro, copago ni deducible por la visita preventiva “Bienvenida a Medicare”, y no debe pagar nada por el electrocardiograma (EKG) cubierto por Medicare posterior a dicha visita.</p>

Cuadro de beneficios de Medicaid

Además de los servicios de Medicare indicados anteriormente, proporcionamos los siguientes beneficios de Medicaid en función del nivel de su cobertura de Medicaid. Para conocer las normas de elegibilidad y obtener información adicional sobre estos servicios, visite ahca.myflorida.com/Medicaid/flmedicaid.shtml. Debe comunicarse con la Agencia de Administración de la Atención de la Salud (Agency for Health Care Administration) del estado de Florida (el programa de Medicaid de Florida) para determinar el nivel de costos compartidos que le corresponde. Hay algunos casos en los que el límite de Medicaid es mayor que el límite de Medicare. En los casos en los que se ha agotado el límite de Medicare, el Plan cubrirá la diferencia para los receptores elegibles.

Los afiliados que tienen todos los beneficios de Medicaid pueden recibir los siguientes servicios cubiertos por Medicaid a través de HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP):

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Beneficio	Florida Medicaid (AHCA)	HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP)
Servicios para alergias	Con cobertura	Con cobertura
Servicios en un centro de cirugía ambulatoria	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de anestesia	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de atención asistencial	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de satisfacción de necesidades de salud del comportamiento	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de evaluación de la salud del comportamiento	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de apoyo en la comunidad para la salud del comportamiento	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de intervención para la salud del comportamiento	Con cobertura	Con cobertura
Administración de medicamentos para la salud del comportamiento	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de terapia de salud del comportamiento	Con cobertura	Con cobertura
Servicios cardiovasculares	Con cobertura	Con cobertura
Administración de casos dirigida a servicios de salud pediátrica	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de quiropráctica	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de salud del comportamiento en la comunidad	Con cobertura	Con cobertura
Servicios del departamento de salud del condado	Con cobertura	Con cobertura
Servicios dentales	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de diálisis	Con cobertura	Con cobertura
Equipo médico duradero y suministros médicos	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de intervención temprana	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de transporte en casos de emergencia	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de evaluación y administración	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de centros de salud con calificación federal	Con cobertura	Con cobertura
Servicios gastrointestinales	Con cobertura	Con cobertura
Servicios genitourinarios	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de audición	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de salud a domicilio	Con cobertura	Con cobertura

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Beneficio	Florida Medicaid (AHCA)	HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP)
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	Con cobertura	Con cobertura
Servicios tegumentarios	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de laboratorio	Con cobertura	Con cobertura
Servicios médicos en tutela temporal	Con cobertura	Con cobertura
Administración de casos dirigida en relación con la salud mental	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de neurología	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de transporte en casos que no son emergencias	Con cobertura	Con cobertura
Servicios prestados en un centro de enfermería	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de terapia ocupacional	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de cirugía oral y maxilofacial	Con cobertura	Con cobertura
Servicios ortopédicos	Con cobertura	Con cobertura
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Con cobertura	Con cobertura
Servicios para el control del dolor	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de atención personal	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de fisioterapia	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de podología	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de medicamentos recetados	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de enfermería privada	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de radiología y medicina nuclear	Con cobertura	Con cobertura
Centro regional de cuidados intensivos perinatales	Con cobertura	Con cobertura
Servicios reproductivos	Con cobertura	Con cobertura
Servicios relacionados con el sistema respiratorio	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de terapia respiratoria	Con cobertura	Con cobertura
Servicios en clínicas de salud rurales	Con cobertura	Con cobertura
Servicios terapéuticos especializados	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de patologías del habla y del lenguaje	Con cobertura	Con cobertura
Programa psiquiátrico para pacientes hospitalizados en todo el estado	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de trasplante	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de recursos visuales	Con cobertura	Con cobertura
Atención de la vista	Con cobertura	Con cobertura

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios tienen cobertura fuera de HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP)?

Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP)

HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) no cubre los siguientes servicios, pero estos están disponibles a través de Medicaid:

- Servicios de análisis del comportamiento
- Programa de atención dirigida al consumidor Plus
- Servicios de exención de presupuesto individual para discapacidades del desarrollo
- Entornos de servicios en el hogar y la comunidad
- Programa de verificación electrónica de consultas de salud en el hogar
- Servicios para enfermos terminales
- Servicios de centros de atención intermediarios para personas con discapacidades intelectuales
- Servicios de cuidados intermedios
- Servicios de atención pediátrica extendida indicada
- Servicios especializados
- Salud mental estatal
- Programa Medicaid Managed Care de atención a largo plazo estatal
- Administración de casos dirigida para niños con riesgo de maltrato o negligencia
- Servicios de atención terapéutica grupal

Las categorías anteriores no representan una lista completa de beneficios y están sujetas a las políticas de cobertura y limitación de Florida Medicaid. Medicaid puede brindar beneficios más allá de lo que ofrece nuestro plan. Consulte su contrato con Medicaid para obtener una lista completa de los servicios.

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

Sección 4.1 Servicios *no* cubiertos por el plan (exclusiones de Medicare)

En esta sección, se indican cuáles son los servicios que están “excluidos” por Medicare. Los servicios excluidos no están cubiertos por el plan.

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

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. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, vaya a la Sección 6.3 del Capítulo 9 de este folleto).

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

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios que Medicare no cubre	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en casos específicos
Acupuntura		<p>✓</p> <p>Con cobertura para dolor lumbar crónico. El plan cubre acupuntura adicional. (Consulte el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 para obtener más información sobre las normas de cobertura).</p>
Cirugía o procedimientos cosméticos		<p>✓</p> <p>Con cobertura en caso de sufrir una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una malformación en el cuerpo. Con cobertura para todas las etapas de reconstrucción de una mama luego de una mastectomía, al igual que para la mama no afectada a fin de lograr una apariencia simétrica.</p>
<p>El cuidado custodial o supervisado es la atención que se brinda en un hogar de ancianos, un hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica especializada o cuidado especializado de enfermería.</p> <p>El cuidado custodial o supervisado es el cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como atención para ayudarlo con actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.</p>	<p>✓</p>	
<p>Medicamentos, equipos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales. 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>✓</p> <p>Pueden estar cubiertos por Original Medicare si forman parte de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).</p>
<p>Tarifas que cobran sus familiares directos o personas que viven con usted por brindar atención.</p>	<p>✓</p>	
<p>Atención de enfermería de tiempo completo en su casa.</p>	<p>✓</p>	

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios que Medicare no cubre	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en casos específicos
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 la sección “Servicios de apoyo en el hogar” en el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 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 enfermedades o lesiones puede estar cubierto como atención ambulatoria o para pacientes hospitalizados.
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.		✓ Con cobertura solo cuando sea médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros de medicamentos 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 terapéuticos u ortopédicos para personas con enfermedad del pie diabético.

CAPÍTULO 5

Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus 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.....	91
Sección 1.1	En este capítulo, se describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D.....	91
Sección 1.2	Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan	91
SECCIÓN 2	Abastecer sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	92
Sección 2.1	Para que su receta tenga cobertura, use una farmacia de la red	92
Sección 2.2	Búsqueda de farmacias de la red	92
Sección 2.3	Uso de los servicios de pedido por correo del plan.....	93
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?.....	94
Sección 2.5	¿Cuándo puede usar una farmacia que no esté en la red del plan?	95
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “lista de medicamentos” del plan	95
Sección 3.1	La “lista de medicamentos” incluye los medicamentos de la Parte D que están cubiertos..	95
Sección 3.2	Hay seis “niveles de distribución de costos” para los medicamentos de la lista de medicamentos.....	96
Sección 3.3	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la lista de medicamentos? .	97
SECCIÓN 4.	Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	97
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?	97
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricción?	97
Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?.....	98
SECCIÓN 5	¿Qué ocurre si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que usted quisiera?	98
Sección 5.1	Existen alternativas que usted puede considerar si su medicamento no está cubierto de la manera que usted desea.	98
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la lista de medicamentos o tiene alguna restricción?	99
Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de distribución de costos que usted cree que es demasiado alto?	100
SECCIÓN 6.	¿Qué ocurre si se modifica la cobertura de uno de sus medicamentos?.....	101
Sección 6.1	La lista de medicamentos puede modificarse durante el año	101
Sección 6.2	¿Qué ocurre si se modifica la cobertura para un medicamento que usa?.....	101
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos en el plan?	102
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos	102
SECCIÓN 8	Muestre su tarjeta de afiliación del plan cuando abastezca una receta	103
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de afiliación	103
Sección 8.2	¿Qué ocurre si no tiene la tarjeta de afiliación con usted?	104
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	104
Sección 9.1	¿Qué ocurre si usted está en un hospital o centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan?	104
Sección 9.2	¿Qué ocurre si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)?	104

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

Sección 9.3	¿Qué sucede si también obtiene cobertura de medicamentos a través de un plan grupal del empleador o para jubilados?	105
Sección 9.4	¿Qué ocurre si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?	105
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos	106
Sección 10.1	Programas para ayudar a los afiliados a usar los medicamentos de manera segura.....	106
Sección 10.2	Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los afiliados a utilizar sus medicamentos opioides con seguridad.....	106
Sección 10.3	Programa de administración de la terapia con medicamentos (MTM) para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos	107



¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si recibe Ayuda Extra para pagar los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D?

Muchos de nuestros afiliados califican para obtener y ya reciben Ayuda Extra de Medicare para pagar los costos del plan para medicamentos recetados. Si está en el programa de Ayuda Extra, **es posible que parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a su caso.** Le enviamos un encarte adicional denominado “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 le 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.**

Además de la cobertura de los medicamentos de la Parte D, HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) también cubre algunos medicamentos conforme a los beneficios médicos del plan. A través de su cobertura de beneficios de Medicare Parte A, nuestro plan suele cubrir los medicamentos que recibe durante internaciones cubiertas en un hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de la cobertura de los beneficios de Medicare Parte B, nuestro plan cubre determinados medicamentos para quimioterapia, ciertas inyecciones de medicamentos suministradas durante una visita al consultorio y medicamentos proporcionados 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 para enfermos terminales de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios de Medicare Parte A, B, y D, y los medicamentos que no están relacionados con su pronosis terminal y afecciones relacionadas, por lo que no están cubiertos según el beneficio para enfermos terminales de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 (*Qué sucede si se encuentra en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare*). Para obtener información sobre la cobertura 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.

Además de los medicamentos que cubre Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por los beneficios de Medicaid. La lista de medicamentos de Medicaid se encuentra disponible en ahca.myflorida.com/medicaid/prescribed_drug/pharm_thera/fmpdl.shtml.

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 emisor de recetas) debe hacer la receta correspondiente.
- El médico que receta debe aceptar Medicare o presentar la documentación ante los CMS en la cual indica que reúne los requisitos para emitir recetas, o su reclamación de la Parte D será

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

rechazada. Debe preguntar a sus emisores de recetas si cumplen con esta condición la próxima vez que llame o consulte. 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, sus medicamentos recetados están cubiertos *únicamente* si los adquiere 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, pida ayuda a través del Servicio para Afiliados (los números telefónicos figuran en el dorso de este folleto) o consulte 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 a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC). En general, un centro de atención a largo plazo (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir

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

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 Servicios 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 en 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 proveedores y farmacias* o llame a Servicios para Afiliados (los números de teléfono 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 mediante el 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 con “NM” en la lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar **un suministro de medicamentos para un mínimo de 30 días y para un máximo de 90 días**.

Para obtener los formularios de pedido e información sobre cómo abastecer sus recetas por correo, llame a nuestros servicios de farmacia de pedido por correo al 1-833-272-9776 (TTY 1-833-203-1735) disponible las 24 horas, 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 algún motivo se retrasa su pedido por correo de la receta, llame a nuestros servicios de farmacia de pedido por correo al 1-833-272-9776 (TTY 1-833-203-1735) disponible las 24 horas, 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 las entregará, 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 llamando a nuestros servicios de farmacia con pedidos por correo al 1-833-272-9776 (TTY 1-833-203-1735), disponible las 24 horas, 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 alguna vez utilizó el servicio de pedido por correo y no desea que la farmacia abastezca y envíe automáticamente cada nueva receta, contáctenos llamando al 1-833-272-9776 (TTY 1-833-203-1735), disponible las 24 horas, 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

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

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.

Para interrumpir la entrega automática de las nuevas recetas que se envían directamente del consultorio de su proveedor de cuidados médicos, contáctenos llamando al 1-833-272-9776 (TTY 1-833-203-1735), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.

Reposiciones de recetas de pedido por correo. Para el reabastecimiento de sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de reabastecimiento automático. 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 14 días antes del momento en que considere que se le agotarán los medicamentos para asegurarse de recibir a tiempo el siguiente pedido.

Para abandonar nuestro programa de reposición automática de pedidos por correo, contáctenos llamando al 1-833-272-9776 (TTY 1-833-203-1735), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted y confirme su pedido antes del envío, informe a la farmacia cuáles son los medios más adecuados para comunicarse con usted. Los afiliados deben proporcionar su número de teléfono principal y dirección postal en la solicitud de inscripción. Puede confirmar sus preferencias de comunicación llamando a nuestros servicios de farmacia con pedidos por correo al 1-833-272-9776 (TTY 1-833-203-1735), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Llame a Servicios para Afiliados de HealthSun (los números de teléfono aparecen 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 denominado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” 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 solicitar este suministro a través del servicio de pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de 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 más bajo para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. 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 “NM” en nuestra lista de medicamentos. El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de medicamentos para 30 días y para un

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

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 las recetas adquiridas 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 de Servicios 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 cuando abastezca su receta. Puede pedirnos un reembolso. (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. Medicare aprobó la lista de medicamentos del plan.

La lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos de Medicare Parte D (en la Sección 1.1 que figura antes en este capítulo, se explican los medicamentos de la Parte D). Además de los medicamentos que cubre Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por los beneficios de Medicaid. La lista de medicamentos de Medicaid se encuentra disponible en ahca.myflorida.com/medicaid/prescribed_drug/pharm_thera/fmpdl.shtml.

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

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

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:

- 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, está respaldado por ciertas autoridades, como la 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 a Servicios para Afiliados (los números de teléfono están impresos en el dorso de este folleto).

¿Qué no figura en la lista de medicamentos?

Los medicamentos cubiertos por Medicaid no están incluidos en la “lista de medicamentos” del plan. La lista de medicamentos de Medicaid se encuentra disponible en ahca.myflorida.com/medicaid/prescribed_drug/pharm_thera/fmpdl.shtml.

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, nosotros hemos decidido no incluir un medicamento específico 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.

- 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)

Para saber en qué nivel se encuentra su medicamento, consulte la lista de medicamentos del plan.

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

Usted tiene tres modos de hacerlo:

1. Consulte la lista de medicamentos más reciente que haya recibido por correo postal o electrónico.
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 de Servicios 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 los costos compartidos.

Si existe una restricción para su medicamento, significa que usted o su proveedor tendrán que dar pasos 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 la Sección 7.2 del Capítulo 9 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

Mediante este requisito, se lo incentiva a probar medicamentos menos costosos, pero, en general, igualmente eficaces, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica y el medicamento A es menos costoso, el plan puede exigir que usted primero pruebe 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 Servicios para Afiliados (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto) o ingrese a 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 la Sección 7.2 del Capítulo 9 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:

- 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 adicionales o restricciones 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

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

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 (6) 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 en caso de que su medicamento no figure en la lista de medicamentos o tenga alguna restricción. 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 afiliación 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 adquiera 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 podría 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:**

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

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.

Cambiar de medicamento

Para comenzar, hable con su proveedor. Podría haber otro medicamento que esté cubierto por el plan y tenga la misma eficacia. Puede llamar al Servicio para Afiliados para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Su proveedor podrá usar esta lista para buscar un medicamento cubierto que le resulte eficaz. (Los números de teléfono de Servicios 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 7.4 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:

Cambiar de 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 Servicios para Afiliados para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Su proveedor podrá usar esta lista para buscar un medicamento cubierto que le resulte eficaz. (Los números de teléfono de Servicios 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 regla.

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 7.4 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 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 para un medicamento que usa?

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 a Servicios 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 nuevo reemplaza a un medicamento de marca en la lista de medicamentos (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 con menos o las mismas restricciones. Además, al añadir el nuevo medicamento genérico, podemos decidir conservar el medicamento de marca en nuestra lista de medicamentos, pero añadir nuevas restricciones.
 - 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

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

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 peligroso 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 agregar nuevas restricciones para el medicamento de marca. 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 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 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 estos medicamentos.

No pagaremos los medicamentos que figuran en esta sección (salvo algunos medicamentos excluidos que contempla 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. (Si desea obtener información

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

sobre cómo apelar una decisión de no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección 7.5, de este folleto). Si el medicamento excluido por nuestro plan también está excluido por Medicaid, usted mismo debe pagarlo.

A continuación mencionamos tres normas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán según 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.
 - En general, la cobertura del “uso fuera de indicación” se permite solo cuando dicho uso esté respaldado por ciertas autoridades, como la 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 autoridades, nuestro plan no puede cubrir su “uso fuera de indicación”.

Además, conforme a la ley, estas categorías de medicamentos que no están cubiertas por Medicare. No obstante, algunos de estos medicamentos pueden estar incluidos en la cobertura de medicamentos de Medicaid. La lista de medicamentos de Florida Medicaid se puede encontrar en ahca.myflorida.com/medicaid/prescribed_drug/pharm_thera/fmpdl.shtml, o puede llamar a Servicios para Afiliados para obtener más información (los números de teléfono figuran en el frente y el dorso de este manual).

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

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 membresía del plan en la farmacia de la red de su elección. Cuando muestre su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red le facturará automáticamente al plan su medicamento recetado cubierto.

Si su medicamento recetado no está cubierto por el plan, es posible que tenga cobertura bajo sus beneficios de Medicaid. Debe mostrar su tarjeta de Medicaid en la farmacia para que se le abastezcan recetas que no tienen cobertura bajo el beneficio de medicamentos recetados de Medicare Parte D.

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, pídala 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 hagamos un reembolso**. 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 internan en un centro de enfermería especializada o en un hospital y dicha internación está cubierta por el plan, en general, cubriremos el costo de los medicamentos recetados durante la internación. 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.

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 (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 Servicios 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 puede brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas por vez para evitar el desperdicio). Si usted ha sido afiliado de nuestro plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos, o si el plan tiene alguna restricción con respecto a la cobertura de dicho 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 7.4 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 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 se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar 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 la notificación sobre la cobertura acreditable del plan grupal del empleador o para jubilados, puede pedirle una copia al administrador de 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 centro de cuidados paliativos y de nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere un medicamento antináuseas, laxante o analgésico o un medicamento para la ansiedad que no esté cubierto por el hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir un aviso del médico que receta o del proveedor del hospicio donde se 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 para enfermos terminales o al emisor de recetas que se aseguren de que tengamos la notificación de 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 centro de cuidados paliativos o que le den el alta, el plan debería cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando finalice su beneficio 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 sobre 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 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, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, 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 benzodiazepinas, podemos limitar cómo obtiene dichos medicamentos. Las limitaciones podrían ser las siguientes:

- Exigirle que compre todas las recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas 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 por adelantado. 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 información sobre cómo solicitar una apelación.

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

El DMP puede no aplicarse a su caso si padece determinadas condiciones médicas, como cáncer o anemia falciforme, si recibe servicios para enfermos terminales, cuidados paliativos o atención terminal o si vive en un centro de atención 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 altos costos, o se encuentran en un DMP para ayudarlos a usar sus medicamentos opioides de manera 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 que participan en el programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de 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).

SECCIÓN 11 Le enviamos informes donde se explican los pagos por sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra**Sección 11.1 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 cuando usted abastece o reabastece sus recetas en la farmacia. De este modo, podemos informarle cuándo ha pasado de una etapa de pago de un medicamento a otra. Llevamos un registro de sus “**gastos totales de medicamentos**”. Este es el monto que paga el plan.

Nuestro plan preparará un resumen escrito denominado *Explicación de Beneficios de la Parte D* (a veces llamada “EOB de la Parte D”) cuando usted abastezca 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 usa, como aumentos en el precio y otros medicamentos a un precio inferior que pudieran estar disponibles. Debe consultar a su médico emisor de recetas sobre estas opciones a bajo costo. En la EOB de la Parte D, se incluye lo siguiente:

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

- **Información correspondiente al mes.** Este informe incluye los detalles de pago de las recetas que abasteció el mes anterior. Se indican los costos totales de los medicamentos y lo que pagó el plan.
- **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.** Se indica el precio total de los medicamentos y cualquier variación porcentual desde la primera reposición para cada reclamación de una receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos recetados alternativos disponibles a un menor costo.** Aquí se incluirá información sobre otros medicamentos a un precio inferior que pudieran estar disponibles para cada reclamación de receta.

Sección 11.2 Ayúdenos a mantener actualizada la información que tenemos sobre sus pagos por medicamentos

Para realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos, 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 obtiene, muestre su tarjeta de membresía del plan siempre que abastezca una receta.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** Si paga o si se le factura un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague el medicamento. Para conocer cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7 de este folleto. Puede entregarnos copias de los recibos de los 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 la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) por correo, verifique que la información esté completa y sea 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.

CAPÍTULO 6

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

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

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si recibe Ayuda Extra para pagar los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D?

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 (incluso si se ofrece una reducción o eliminación de los costos compartidos de medicamentos de la Parte D a través del Modelo VBID basado en el estado de LIS) no se aplica a su caso. Le enviamos un encarte adicional denominado “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 [LIS]” o “LIS Rider”), donde se le explica la cobertura de medicamentos. Si no tiene este encarte, llame a Servicios para Afiliados y solicite la “Cláusula adicional LIS”.

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 solicitarnos que paguemos el costo de los servicios o medicamentos cubiertos	113
Sección 1.1	Si usted paga por los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago.....	113
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que recibió	115
Sección 2.1	Cómo y dónde debe enviarnos la solicitud de pago	115
SECCIÓN 3	Evaluaremos su solicitud de pago y le comunicaremos si fue aprobada o no	115
Sección 3.1	Verificamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos.....	115
Sección 3.2	Si le comunicamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación	116
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las que debe guardar los recibos y enviarnos copias ..	116
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.....	116

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 solicitarnos que paguemos el costo de los servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si usted paga por los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago

Nuestros proveedores de la red envían las facturas de sus servicios y medicamentos cubiertos directamente a nuestro plan. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o por medicamentos que haya recibido, debe enviarnos esta factura para que la paguemos. Cuando nos envíe la factura, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir los servicios. Si decidimos que debemos cubrirlos, le pagaremos directamente al proveedor.

Si ya pagó por un servicio de Medicare o un medicamento cubierto por el plan, puede solicitarle al plan que le devuelva el dinero (la devolución del dinero suele denominarse “reembolso”). 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. Cuando nos envíe una factura que haya pagado, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir los servicios o medicamentos. Si decidimos que debemos cubrirlos, le reembolsaremos el monto por los servicios o medicamentos.

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

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. Si recibe servicios de emergencia o de urgencia de un proveedor que no es parte de la red, debe pedirle que le facture al plan.

- 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 usted ya ha pagado más que su parte del costo por el servicio, determinaremos cuánto debía pagar y le reembolsaremos la parte que nosotros tenemos que pagar.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarle al plan directamente. Pero, a veces, cometen errores y le piden a usted que pague más de lo que le corresponde pagar por su parte del costo.

- Solamente debe pagar su monto de distribución de costos cuando obtiene servicios que cubre 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. No permitimos que los proveedores le facturen los servicios cubiertos. Pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos a usted de todo gasto. Esto rige incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio. Para obtener más información sobre la “facturación del saldo”, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4.

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 le pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó de más, envíenos la factura junto con la documentación del pago que haya hecho. Puede solicitarnos el reembolso de la diferencia entre el monto que pagó y el monto que adeuda de acuerdo con 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 en forma retroactiva y pagó cualquier medicamento o servicio cubierto de su bolsillo 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. Comuníquese con el Servicio para Afiliados si necesita información adicional sobre cómo solicitarnos un reembolso y sobre los plazos para presentar la solicitud. (Los números de teléfono de Servicios para Afiliados están impresos en la contraportada 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 membresía 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 el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso.

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 membresía 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 el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso.

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.
- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso. En algunos casos, es probable que necesitemos que su médico nos proporcione más información a fin de reembolsarle el costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir el servicio o medicamento. Esto se denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que corresponde la cobertura, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o el medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*), tiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

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

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 a Servicios para Afiliados para solicitarlo. (Los números de teléfono del Servicio para Afiliados están impresos en la contraportada de este folleto).

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado 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 información más detallada, consulte la Sección 1 del Capítulo 2, *Dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica que haya recibido*.

Debe enviarnos la reclamación en el plazo de un (1) año a partir de la fecha en que recibió el servicio o el artículo.

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo por sus medicamentos recetados a esta dirección:

**D Claims Department
PO Box 52077
Phoenix, AZ 85072-2077**

Debe enviarnos la reclamación en el plazo de un (1) año a partir de la fecha en 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.

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 el 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 que usted cumplió con todas las normas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos la parte del costo que nos corresponde por el servicio. 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,

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

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* respetó todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo de la atención o del medicamento. 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 5 del Capítulo 9. La Sección 5 es una sección introductoria en la que se explica el procedimiento para decisiones sobre la cobertura y apelaciones, y se brinda la definición de términos como “apelación”. Después de consultar la Sección 5, usted puede pasar a la sección del Capítulo 9 que le explica lo que puede hacer en su situación:

- Si usted quiere presentar una apelación sobre reembolsos por servicios médicos, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9.
- Si quiere presentar una apelación para que le devuelvan el dinero que pagó por un medicamento, vaya a la Sección 7.5 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

Existen algunas ocasiones en las que debería 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 calcular correctamente sus gastos de bolsillo. Esto puede ayudarlo a reunir los requisitos para la etapa de cobertura catastrófica más rápido.

A continuación se detalla un ejemplo de una situación en la que debe enviarnos las copias de los recibos para informarnos de los pagos que ha efectuado por sus medicamentos:

Cuando 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.

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

- 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 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.

Debido a que en esta situación usted no está solicitando un pago, esta situación no se considera una decisión 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 obligaciones

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como afiliado del plan	120
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.)	120
Sección 1.2	Debemos garantizar que tenga un acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	121
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud	121
Sección 1.4	Debemos proporcionarle información sobre el plan, su red de proveedores y los servicios cubiertos	122
Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención	123
Sección 1.6	Tiene derecho a presentar reclamos y solicitarnos que reconsideremos decisiones que hemos tomado	124
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?	125
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos	125
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas obligaciones como afiliado del plan	125
Sección 2.1	¿Cuáles son sus obligaciones?	125

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 brindarle información en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo, en caso de que lo necesite. 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 de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame a Servicios para Afiliados de HealthSun al 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500) para presentar una queja. 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 en este correo, pero puede comunicarse con Servicios 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 al Servicio 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 ante 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 Servicio para Afiliados (los números de teléfono están impresos en el dorso de este folleto) 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 fòma altène san sa pa koute si ou bezwen li. Nou oblije ba ou enfòmasyon sou benefis plan an nan yon fòma 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).

Capítulo 8. Sus derechos y obligaciones

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 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 periodo razonable, en el Capítulo 9, Sección 11, de este folleto se le informa qué puede hacer. (Si hemos negado la cobertura para su atención médica o sus medicamentos y está en desacuerdo con nuestra decisión, en el Capítulo 9, Sección 5, 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. Protejamos 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.
 - Debido a que es afiliado de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a 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 con fines de investigación u otros propósitos, deberá hacerlo según la legislación y las reglamentaciones federales.

Capítulo 8. Sus derechos y obligaciones**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 lo hace, trabajaremos con su proveedor de atención médica a fin de decidir si se deben realizar 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 de HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP), usted tiene derecho a que le proporcionemos diferentes tipos de información. (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 la cantidad de apelaciones presentadas por los afiliados y la clasificación en estrellas del plan, incluida la forma en que ha sido calificado por los afiliados del plan y cómo se compara con otros planes médicos 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 de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*.
 - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, puede llamar a Servicios 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).
- **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

Capítulo 8. Sus derechos y obligaciones

- 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.

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.

Capítulo 8. Sus derechos y obligaciones

- **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 directivas anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede ponerse en contacto con Servicios 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 firmó una directiva anticipada y cree que un médico o un hospital no siguieron sus instrucciones, puede presentar un reclamo ante la Agencia para la Administración de la Atención de la Salud (Agency for Health Care Administration) del estado 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 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 sobre la 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 imparcialmente.**

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 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 bien, **puede llamar a 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.
- Puede comunicarse con la Agencia para la Administración de la Atención de la Salud (AHCA) (programa de Medicaid de Florida). Para obtener más detalles sobre este programa y cómo comunicarse con él, consulte la Sección 6 del Capítulo 2.

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 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.
- 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 bien, 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 con 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.

Capítulo 8. Sus derechos y obligaciones

- **Si usted cuenta con otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe informarnos.** Llame al Servicio para Afiliados para informarnos (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).
 - Debemos seguir las normas establecidas por Medicare y Medicaid 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 7).
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de afiliación del plan y su tarjeta de Medicaid 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 proporcíoneles 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 los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos sin receta, 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 deba.** Como afiliado del plan, usted es responsable de efectuar los siguientes pagos:
 - Debe pagar las primas de su plan para seguir siendo afiliado de nuestro plan.
 - Para ser elegible para nuestro plan, debe tener Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para la mayoría de los afiliados de HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP), Medicaid paga la prima de la Parte A (si no reúnen los requisitos para ella de manera automática) y la prima de la Parte B. Si Medicaid no está pagando las primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo afiliado 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 requiere que pague el monto adicional para la Parte D debido a su ingreso anual (según lo informado en la declaración de impuestos), debe pagarla directamente al gobierno para seguir siendo afiliado del plan.

Capítulo 8. Sus derechos y obligaciones

- **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 afiliado del 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 al 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 debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

SECCIÓN 1	Introducción.....	131
Sección 1.1	Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud.....	131
Sección 1.2	Acerca de los términos legales	131
SECCIÓN 2	Puede recibir ayuda de organizaciones gubernamentales no vinculadas con nosotros	131
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	131
SECCIÓN 3	Para resolver su problema, ¿qué proceso debe utilizar?	132
Sección 3.1	¿Debe seguir el proceso para beneficios de Medicare o Medicaid?.....	132
PROBLEMAS CON SUS BENEFICIOS DE <u>MEDICARE</u>		133
SECCIÓN 4	Cómo resolver problemas relacionados con sus beneficios de <u>Medicare</u>	133
Sección 4.1	¿Debe seguir el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el procedimiento para presentar reclamos?	133
SECCIÓN 5	Guía de aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones.....	133
Sección 5.1	Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: aspectos generales.....	133
Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación	134
Sección 5.3	¿En qué sección de este capítulo se brindan detalles sobre su situación?.....	135
SECCIÓN 6	Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	135
Sección 6.1	En esta sección, se explica qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de la atención que recibe	136
Sección 6.2	Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar que nuestro plan autorice o brinde la cobertura de atención médica que desea)	137
Sección 6.3	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).....	140
Sección 6.4	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2.....	142
Sección 6.5	¿Qué sucede si nos solicita que le reembolsemos nuestra parte de una factura que usted recibió por atención médica?.....	144
SECCIÓN 7	Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	145
Sección 7.1	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.....	145
Sección 7.2	¿Qué es una excepción?	147
Sección 7.3	Cuestiones importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones	148
Sección 7.4	Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción	148
Sección 7.5	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar una revisión de la decisión de cobertura tomada por nuestro plan).....	151

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Sección 7.6	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2.....	153
SECCIÓN 8	Cómo solicitar que cubramos una hospitalización más extensa si cree que el médico le está dando el alta demasiado pronto.....	155
Sección 8.1	Durante la hospitalización, recibirá una notificación escrita de Medicare en la que se le informará sobre sus derechos	155
Sección 8.2	Paso a paso: cómo puede presentar una apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital	156
Sección 8.3	Paso a paso: cómo puede presentar una apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital	158
Sección 8.4	¿Qué sucede si vence el plazo para presentar una apelación de nivel 1?.....	159
SECCIÓN 9	Cómo solicitarnos que prolonguemos la cobertura de ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto	162
Sección 9.1	<i>En esta sección se tratan solo tres servicios:</i> cuidado médico en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).....	162
Sección 9.2	Le avisaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura	162
Sección 9.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo	163
Sección 9.4	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo	164
Sección 9.5	¿Qué sucede si vence el plazo para presentar una apelación de nivel 1?.....	165
SECCIÓN 10	Cómo elevar su apelación al nivel 3 y a niveles superiores.....	168
Sección 10.1	Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de servicios médicos	168
Sección 10.2	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D.....	169
SECCIÓN 11	Cómo presentar un reclamo sobre la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera, el Servicio de Atención al Cliente u otras inquietudes	170
Sección 11.1	¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de reclamos?.....	170
Sección 11.2	La manera formal de referirse a la “presentación de un reclamo” es “presentar una queja”.....	171
Sección 11.3	Paso a paso: cómo presentar un reclamo.....	171
Sección 11.4	También puede presentar reclamos sobre la calidad del cuidado médico ante la Organización para la Mejora de la Calidad.....	172
Sección 11.5	También puede informarle a Medicare de su reclamo	173
PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE <u>MEDICAID</u>		173
SECCIÓN 12	Cómo resolver problemas relacionados con sus beneficios de <u>Medicaid</u>	173

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explican los procedimientos para resolver problemas e inquietudes. El proceso que utilice para resolver su problema dependerá de dos aspectos:

1. Si este está relacionado con los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si necesita ayuda para decidir si debe utilizar el proceso de Medicare o el de Medicaid, o ambos, comuníquese con Servicios para Afiliados (en el dorso de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).
2. El tipo de problema que tenga:
 - 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**.

Medicare ha aprobado estos procesos. 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? La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto que debe seguir.

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, en este capítulo se explican las normas y los procedimientos legales con un vocabulario sencillo en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo, por lo general, se dice “presentar un reclamo” en vez de “presentar una queja”, “decisión de cobertura” en vez de “determinación de la 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 debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, 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 comunicarse 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).

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Para obtener más información y ayuda con respecto a la resolución de un problema, también puede comunicarse con la **Agencia de Administración de la Atención de la Salud (Agency for Health Care Administration) del estado de Florida (programa de Medicaid)**. Aquí presentamos dos maneras de obtener información directamente del programa de Medicaid del estado de Florida:

- Llame a la **Agencia de Administración de la Atención de la Salud (Agency for Health Care Administration) del estado de Florida** al 1-866-762-2237 de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8771.
- Puede visitar el sitio web www.myflfamilies.com

SECCIÓN 3 Para resolver su problema, ¿qué proceso debe utilizar?

Sección 3.1 ¿Debe seguir el proceso para beneficios de Medicare o Medicaid?

Dado que tiene Medicare y recibe ayuda de Medicaid, puede utilizar distintos procesos a fin de resolver su problema o reclamo. El proceso que utilice depende de si el problema está relacionado con beneficios de Medicare o de Medicaid. Si este está relacionado con un beneficio cubierto por Medicare, debe utilizar el proceso de Medicare. Si este está relacionado con un beneficio cubierto por Medicaid, debe utilizar el proceso de Medicaid. Si necesita ayuda para decidir si debe utilizar el proceso de Medicare o el de Medicaid, comuníquese con Servicios para Afiliados (en el dorso de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

El proceso de Medicare y el proceso de Medicaid se describen en distintas partes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, utilice la tabla a continuación.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específicos, **COMIENCE AQUÍ**

¿Su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o de Medicaid?

(Si necesita ayuda para decidir si su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o de Medicaid, comuníquese con Servicios para Afiliados. Los números de teléfono del Servicio para Afiliados aparecen en el dorso de este folleto).

Mi problema es sobre los beneficios de Medicare.

Consulte la **Sección 4: “Cómo resolver problemas relacionados con sus beneficios de Medicare”** de este capítulo a continuación.

Mi problema es sobre la cobertura de Medicaid.

Pase a la **Sección 12** de este capítulo, “**Cómo resolver problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid**”.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICARE**SECCIÓN 4 Cómo resolver problemas relacionados con sus beneficios de Medicare****Sección 4.1 ¿Debe seguir el procedimiento para decisiones sobre la cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el procedimiento para presentar reclamos?**

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La información de la tabla a continuación lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo sobre problemas o reclamos relacionados con **los beneficios cubiertos por Medicare**.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud sobre sus beneficios de Medicare, use esta tabla:

¿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 5, “Guía de aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones”**.

No. Mi problema no se refiere a los beneficios ni a la cobertura.

Consulte la **Sección 11** al final de este capítulo: **“Cómo presentar un reclamo sobre la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera, el Servicio de Atención al Cliente u otras inquietudes”**.

SECCIÓN 5 Guía de aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones**Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: aspectos generales**

El procedimiento para solicitar decisiones de cobertura y apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura, 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. Estamos tomando una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. 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, desestimaremos una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no la revisaremos. Por ejemplo, podemos desestimar una solicitud si esta está incompleta, si una persona presenta la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizada para hacerlo o si usted pide que se cancele su solicitud. Si desestimamos

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que le explicaremos por qué hemos desestimado la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

En algunos casos, es posible que decidamos que el servicio o medicamento no está cubierto, o que dejó de estar cubierto por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y 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, desestimaremos una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no la revisaremos. Por ejemplo, podemos desestimar una solicitud si esta está incompleta, si una persona presenta la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizada para hacerlo o si usted pide que se cancele su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que le explicaremos por qué hemos 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 es realizada por una Organización de Revisión Independiente que no está vinculada con nosotros.

- En ciertas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de nivel 2.
- En otras circunstancias, deberá solicitar una apelación de nivel 2.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones 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 5.2 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 (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar una solicitud por usted.**
 - Para atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de nivel 1, automáticamente se elevará al nivel 2. Para solicitar una apelación más allá 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 una apelación más allá del nivel 2, su médico u otro médico que le receta sus medicamentos debe ser designado como su representante.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **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 usted desea designar a un amigo, un familiar, su médico u otro proveedor, u otra persona como su representante, llame a Servicios para Afiliados (los números de teléfono aparecen 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 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web 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.

Sección 5.3 ¿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 6** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitar que cubramos una hospitalización más extensa si cree que el médico le está dando el alta demasiado pronto”
- **Sección 9** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que prolonguemos la cobertura de ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto”. (*Solo se aplica a los siguientes 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 usar, llame a Servicios para Afiliados (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto). También puede obtener ayuda o información de las organizaciones gubernamentales, tales como el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (en la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto, figuran los números de teléfono de este programa).

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



¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (*Guía de “aspectos básicos” de las decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si aún no lo hizo, le conviene leerla antes de comenzar con esta sección.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Sección 6.1 En esta sección, se explica qué debe hacer si tiene problemas para obtener 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 (lo que está cubierto y lo que le corresponde 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 la atención médica que quiere y usted cree que nuestro plan cubre dicha atención.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desean brindarle, y usted cree que el plan cubre dicha atención.
3. Recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención.
4. Recibió atención médica, y pagó por ella, y cree que nuestro plan debería cubrirla, por lo tanto, quiere solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de esa atención.
5. Se le ha dicho que la cobertura de cierta atención médica que ha recibido (que nosotros aprobamos previamente) se reducirá o se suspenderá, 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:

- Sección 8 de este capítulo: *Cómo solicitar que cubramos una hospitalización más extensa si cree que el médico le está dando el alta demasiado pronto.*
- Sección 9 de este capítulo: *Cómo solicitarnos que prolonguemos la cobertura de ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto.* En esta sección solo se describen 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).
- 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 6) como su guía sobre lo que tiene que hacer.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

¿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. Consulte la Sección 6.2 de este capítulo a continuación.
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 6.3 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 6.5 de este capítulo.

Sección 6.2 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 está relacionada con su atención médica, se denomina **“determinación de la organización”**.

Paso 1: Usted pide al plan que tome una decisión de cobertura para la atención médica que usted necesita. Si, debido a su estado de salud, necesita una respuesta rápida, deberá solicitarnos que tomemos una **“decisión rápida sobre la cobertura”**.

Términos legales

Una **“decisión rápida sobre la cobertura”** se denomina **“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 comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque el tema titulado *Cómo contactarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica*.

Por lo general, usamos 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 de cobertura estándar implica que le brindaremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud de **un artículo o un servicio médicos**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare **Parte B**, le daremos una respuesta en el **plazo de las 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

- En el caso de una solicitud **de un servicio o un artículo médicos, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si solicita más tiempo o si necesitamos información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que pueda beneficiarlo. Si decidimos tomarnos días

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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 11 de este capítulo.)

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 daremos una respuesta en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o un servicio médicos. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.**
 - **En el caso de una solicitud de un artículo o un servicio médicos, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si descubrimos que falta información que pueda beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para enviarnos 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 11 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 *únicamente* si solicita 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).
 - Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura *únicamente* si usar los plazos estándares podría *ocasionar daño grave a su salud o perjudicar su capacidad funcional*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una “decisión rápida sobre la cobertura”, aceptaremos de forma automática proporcionarle una decisión rápida sobre la cobertura.**
- Si usted nos solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida sobre la cobertura.
 - En caso de que nuestro plan decida 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.
 - En la carta también le explicaremos cómo puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó. (Para obtener más información sobre el procedimiento para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**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 un servicio médicos, le responderemos **en un plazo de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, le daremos una respuesta **en un plazo de 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 sobre la 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 11 de este capítulo).
 - Si no respondemos dentro 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 Medicare Parte B, tiene derecho a presentar una apelación. En la Sección 6.3 se explica cómo puede 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 “estándar” sobre la cobertura

- En general, para una decisión de cobertura estándar de una solicitud de un artículo o un servicio médicos, le responderemos **en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, le daremos una respuesta **en el plazo de 72 horas** después de 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 11 de este capítulo).
 - Si no le damos la respuesta en 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 Medicare Parte B, usted tiene derecho a presentar una apelación. En la Sección 6.3 se explica cómo puede 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.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si decide presentar una apelación, usted pasa al nivel 1 del proceso de apelación (consulte la Sección 6.3 a continuación).

Sección 6.3 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 ante el plan acerca de una decisión de cobertura de atención médica se denomina “reconsideración” del plan.

Paso 1: Contáctenos y presente su apelación. Si, debido a su estado de salud, necesita 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 en relación con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2, y busque el tema titulado *Cómo contactarse con nosotros cuando presente una apelación sobre su atención médica*.
- **Si solicita una apelación estándar, realícela por escrito y envíe una solicitud.** Para solicitar una apelación, también puede llamarnos al número de teléfono que figura en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo contactarse con nosotros cuando presente 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 al Servicio para Afiliados —los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto— y solicite el formulario de “Nombramiento de un representante”. 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 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.
- **Puede presentar una apelación rápida por escrito o por teléfono** al número de teléfono que se indica en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo contactarse con nosotros cuando presente 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 debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Puede solicitar una copia de la información sobre la decisión médica y agregar más información para sustentar 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 denomina **“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.

- Mientras revisamos su apelación, volvemos a examinar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura para la 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.
 - 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 un servicio médicos. 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 dentro 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.
- **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.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Plazos para una apelación “estándar”

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos dar una respuesta a su solicitud de un artículo o un servicio médicos **en el plazo de 30 días calendario** a partir de la recepción de su apelación si esta está relacionada con la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B que aún no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la recepción de 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 un servicio médicos. Si decidimos que necesitamos 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 11 de este capítulo).
 - Si no le brindamos una respuesta dentro del plazo correspondiente mencionado anteriormente (o al final del periodo extendido de tiempo si nos tomamos días adicionales para su solicitud de un artículo o un servicio médicos), debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisará 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 una parte o la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos brindar en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un servicio o un artículo médicos, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- **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 de forma *automática* al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de haber seguido todas las normas al momento de rechazar su apelación, **debemos enviar la apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hagamos esto, su apelación pasará al siguiente nivel del proceso de apelación, es decir, al nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2

- Si rechazamos su apelación de nivel 1, su caso se enviará de forma automática al siguiente nivel del proceso de apelación. En la apelación de nivel 2, la Organización de Revisión Independiente revisará la decisión que tomamos con respecto a la 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**”.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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.
- Si su solicitud es para un artículo o un servicio médicos y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que pueda 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 un servicio médicos, la organización de revisión debe dar una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, la organización de revisión debe dar una respuesta a su apelación de nivel 2 **en el plazo de los 7 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o un servicio médicos y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que pueda 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.

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 Independiente acepta total o parcialmente su solicitud de un artículo o un servicio médicos,** debemos realizar lo siguiente:
 - Autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas** o
 - Brindar el servicio dentro de los **14 días calendario** después de que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente para las **solicitudes estándares** o
 - Brindar el servicio **dentro de las 72 horas** después de que el plan reciba la decisión de la Organización de Revisión Independiente en el caso de las **solicitudes aceleradas.**

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta, total o parcialmente, su solicitud de un medicamento recetado de Medicare Parte B**, debemos:
 - autorizar o proporcionar el medicamento recetado de Medicare Parte B objeto de disputa **dentro de las 72 horas** después de que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente para las **solicitudes estándares** o
 - **dentro de las 24 horas** después de que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si la organización de revisión rechaza, en todo o en parte, su apelación**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que no se debe aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura para la atención médica. (Esto se denomina “confirmación de la decisión” y también se lo conoce como “rechazo de 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 de nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita debe alcanzar un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es demasiado bajo, usted no podrá presentar otra apelación, lo que significa que la decisión en el nivel 2 es definitiva. En la notificación escrita que reciba de la Organización de Revisión Independiente, se le informará cómo saber cuál es el valor 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). Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información.
- 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 10 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos solicita que le paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por atención médica?

Si ya pagó por un servicio de Medicaid o un medicamento cubierto por el plan, puede solicitarle al plan que le devuelva el dinero (la devolución del dinero suele denominarse “reembolso”). 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. Cuando nos envíe una factura que haya pagado, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir los servicios o medicamentos. Si decidimos que debemos cubrirlos, le reembolsaremos el monto por los servicios o medicamentos.

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 de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la Sección 5.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Cuadro de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]*). También controlaremos si cumple con todas las normas al utilizar su cobertura de atención médica (estas normas se detallan en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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 un plazo de 60 días calendario a partir de la recepción de su solicitud. O bien, si usted todavía no pagó los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, significa que se *acepta* su solicitud de una 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, significa que se *rechaza* su solicitud de una 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 apelación que describimos en la Sección 5.3.

Consulte esta sección para encontrar instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación de reembolso, debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario a partir de la recepción de 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 solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 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 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (*Guía de “aspectos básicos” de las decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si aún no lo hizo, le conviene leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 7.1 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 respaldado 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 conocer a qué nos referimos con medicamentos de la Parte D, *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, normas y restricciones para la cobertura e información sobre costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Cuánto paga por los medicamentos recetados de la Parte D*).

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Decisiones de cobertura y apelaciones sobre la Parte D

Tal como se explicó en la Sección 5 de este capítulo, las decisiones de cobertura son las decisiones 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:
 - Solicitarnos la cobertura de un medicamento de la Parte D que no esté incluido 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).
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto y si usted cumple con los requisitos de la cobertura. (Por ejemplo, cuando su medicamento figura en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, pero debe obtener primero nuestra aprobación antes de que podamos cubrir el medicamento).
 - *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.
- 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:

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**¿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 7.2 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 7.4 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 7.4 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 7.5 de este capítulo.

Sección 7.2 ¿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:

1. Cobertura de un medicamento de la Parte D que no figura 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**”.

2. Eliminación de una restricción sobre nuestra cobertura para un medicamento cubierto. Existen otras normas y restricciones que se aplican a ciertos medicamentos incluidos en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 5).

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 usar la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- *Obtener la aprobación del plan con anticipación* antes de que aceptemos cubrir el medicamento en su caso. (Esto a veces se llama “autorización previa”).
- *Tener que probar primero un medicamento diferente* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. (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.

Sección 7.3 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, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que ninguno de los medicamentos alternativos en el nivel de distribución de costos más bajo tenga la misma eficacia en su caso o exista la posibilidad de que estos medicamentos 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 rechazamos su solicitud de excepción, usted puede solicitar una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. En la Sección 7.5 de este capítulo, se explica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

En la próxima sección, se indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 7.4 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, debido a su estado de salud, necesita una respuesta rápida, deberá solicitarnos que tomemos una “**decisión rápida sobre la cobertura**”. **No puede pedir una decisión rápida sobre la cobertura si nos solicita 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, escribirnos 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 información más detallada, consulte la Sección 1 del Capítulo 2, y busque el tema titulado *Cómo contactarse con nosotros cuando solicite una decisión de cobertura de medicamentos recetados de la Parte D*. O bien, si nos solicita que le reembolsemos el dinero de un medicamento, consulte la sección llamada *Dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o de un medicamento que haya recibido*.
- **Usted, su médico o quien actúe en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. En la Sección 5.2 de este capítulo, se explica cómo puede otorgar un permiso por escrito

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

para que otra persona lo represente. También puede elegir a un abogado para que actúe en su nombre.

- **Si desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento**, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Solicitarnos 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 la Sección 7.2 y la Sección 7.3 de este capítulo 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 están disponibles en nuestro sitio web.

Si su salud así lo requiere, solicítenos que le otorguemos una “decisión rápida sobre la cobertura”

Términos legales

Una “decisión rápida sobre la cobertura” se denomina **“determinación de cobertura acelerada”**.

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos los plazos “estándares”, a menos que hayamos acordado usar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le proporcionaremos una respuesta dentro de las 72 horas de haber recibido la declaración de su médico. Una decisión rápida sobre la cobertura significa que le daremos una respuesta dentro de las 24 horas de haber recibido 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 solicita un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede pedir una decisión rápida sobre la cobertura si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
 - Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura *únicamente* si usar los plazos estándares podría *ocasionar daño grave a su salud o perjudicar su capacidad funcional*.
- **Si su médico u otro médico que receta nos dice que, debido a su salud, usted requiere que se tome una “decisión rápida sobre la cobertura”, aceptaremos de manera automática concederle una decisión rápida sobre la cobertura.**
- Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta (sin el justificativo 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 nuestro plan decida 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 solicitan una decisión rápida sobre la cobertura, se la brindaremos de manera automática.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- En la carta, también se le indicará cómo puede presentar un reclamo sobre nuestra decisión de concederle una decisión de cobertura estándar en vez de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó. Le informa cómo presentar un reclamo “rápido”, es decir, una respuesta a su reclamo dentro 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 11 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. En la Sección 7.6 de este capítulo, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el nivel 2 de la apelación.
- **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. En la Sección 7.6 de este capítulo, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el nivel 2 de la apelación.
- **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 su solicitud total o parcialmente, le enviaremos una declaración escrita 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. En

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

la Sección 7.6 de este capítulo, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el nivel 2 de la apelación.

- **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 7.5	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, debido a su estado de salud, necesita 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 información más detallada sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo postal, o a través de nuestro sitio web, en relación con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2, y busque la sección titulada *Cómo contactarse con nosotros cuando presente una apelación sobre los medicamentos recetados de la Parte D*.
- **Si desea solicitar una apelación estándar, envíe una solicitud por escrito para presentar la apelación.** Para solicitar una apelación, también puede llamarnos al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo contactarse con nosotros cuando presente una apelación sobre los medicamentos recetados de la Parte D*).
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentarla por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que figura en la Sección 1 del Capítulo 2** (*Cómo contactarse con nosotros cuando presente una apelación sobre los 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.**

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- 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.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”.

Términos legales

Una “apelación rápida” también se denomina “**redeterminación acelerada**”.

- 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 para obtener una “decisión rápida sobre la cobertura” en la Sección 7.4 de este capítulo.

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. En la Sección 7.6 de este capítulo, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del procedimiento 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.
- **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, deberá 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. En la Sección 7.6 de este capítulo, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del procedimiento 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.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- 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 dentro 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. En la Sección 7.6 de este capítulo, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el nivel 2 de la apelación.
- **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.

- 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 7.6 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.

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.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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 los beneficios de la Parte D que tiene 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 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 denomina “confirmación de la decisión” y también se lo conoce como “rechazo de 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 de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando debe alcanzar 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).

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- 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 10 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 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 nuestra cobertura de cuidado hospitalario, incluidas las limitaciones que tiene esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde 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.

Sección 8.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare donde se le informa sobre sus derechos

Durante una hospitalización cubierta, se le entregará una notificación escrita denominada *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tengan Medicare reciben una copia de este aviso siempre que se admiten en un hospital. Un empleado del hospital (por ejemplo, un asistente social o un enfermero) debe entregarle esta notificación dentro de los dos días próximos a su admisión. Si no recibe el aviso, pídasela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios 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 esta notificación con atención y haga preguntas si no la entiende.** Contiene información sobre los derechos que tiene 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 a saber quién pagará por ella.
 - A dónde debe comunicar las inquietudes 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.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Términos legales**

En el aviso por escrito de Medicare se 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 en el hospital durante un periodo más prolongado. (En la Sección 8.2, a continuación, se 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 5.2 de este capítulo, se explica cómo puede otorgar permiso por escrito para que otra persona lo represente).
- Firmar la notificación *solo* indica 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 la notificación **no implica** que acepta una fecha de alta.

3. Guarde su copia del aviso para tener a mano 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 esta notificación con anticipación, puede llamar a Servicios 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. También puede leer la notificación en línea, en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 8.2 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 entender y respetar los plazos que se aplican a lo que debe hacer.
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Afiliados (en el dorso de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono). 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).

En 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.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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.

Una “revisión rápida” también se denomina “revisión inmediata”.

¿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 el aviso por escrito que recibió, (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*), se le indica cómo 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 la Sección 4 del Capítulo 2 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 la 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 esta fecha.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y aún así desea apelar, deberá presentar su apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener información más detallada sobre esta otra forma de presentar una apelación, consulte la Sección 8.4 de este capítulo.

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 “**revisión inmediata**” o “**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, usted también recibirá una notificación escrita en la que se le indicará la fecha

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

planificada para el alta y se le explicarán en detalle 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**”. Puede obtener una notificación de muestra si llama a Servicios 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). También puede ver una notificación de muestra 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 los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados cubiertos mientras estos servicios sean medicamentos 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 hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿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 los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará** al mediodía del día *después* de 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, **es posible que deba 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 8.3

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 rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha planificada para el alta, 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.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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 **dentro de los 60 días calendario** a partir del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* 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 seguir cubriendo su atención hospitalaria para pacientes hospitalizados mientras sea médicamente necesaria.**
- 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.
- 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 10 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8.4 ¿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 8.2, 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.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si recurre a esta forma alternativa de presentar la apelación, *los dos primeros niveles de apelación serán distintos.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 *alternativa*

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 comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2, y busque la sección titulada *Cómo contactarse con nosotros cuando presente 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 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 aceptamos su apelación rápida**, significa que acordamos con usted que aún necesita permanecer en el hospital después de la fecha de alta, y que seguiremos brindando los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados cubiertos mientras sean médicamente necesarios. 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, **es posible que deba pagar el costo total** del cuidado hospitalario que recibió después de dicha fecha.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará *de manera automática* 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 *de manera automática* al nivel 2 del proceso de apelación.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**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 11 se explica cómo puede 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 tiene ninguna vinculación con nuestro plan 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.
- 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,** 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 10 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que prolonguemos la cobertura de ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 9.1 *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)*

En esta sección se tratan *solo* los siguientes tipos de atención:

- **Servicios de atención médica a domicilio** 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 recibe como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. En general, esto significa que recibe tratamiento para una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando está recibiendo 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, además de su parte del costo y las limitaciones a la cobertura que puedan existir, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde 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 9.2 Le avisaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

1. **Recibirá un aviso escrito.** Usted recibirá una notificación 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 9.3, a continuación, se explica cómo puede solicitar una apelación acelerada).

El aviso por escrito se denomina **“Aviso 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 5.2, se explica cómo puede otorgar permiso por escrito para que otra persona lo represente).

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Firmar la notificación 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 9.3 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 entender y respetar los plazos que se aplican a lo 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 11 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 Servicios para Afiliados (en el dorso de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono). 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).

En una apelación de nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación y decide si se debe modificar la decisión que tomó 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 la Sección 4 del Capítulo 2 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 contactar 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 el Aviso 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 información sobre esta otra forma de presentar una apelación, consulte la Sección 9.5 de este capítulo.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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.
- Antes del final del día en el que los revisores nos informen de su apelación, usted también recibirá una notificación escrita de nosotros donde se le explicarán en detalle los motivos por los que cancelamos nuestra cobertura de sus servicios.

Términos legales

Esta explicación por escrito se denomina “**Explicación detallada de no cobertura**”.

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 *aceptan* 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 la que le hemos indicado.** Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- Si decide seguir recibiendo 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 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, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que continuará con el “nivel 2” del proceso de apelación.

Sección 9.4 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

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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 los 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.

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 10 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 9.5 ¿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 9.3, debe actuar pronto para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para presentar la primera apelación (dentro de uno o dos días, como máximo). Si vence el plazo para contactarse con esta organización, hay otra forma de presentar una apelación. Si recurre a esta forma alternativa de presentar la apelación, *los dos primeros niveles de apelación serán distintos*.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 *alternativa*

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”.

Paso 1: Contáctenos y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener información más detallada sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2, y busque la sección titulada *Cómo contactarse con nosotros cuando presente 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 cese de 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 aceptamos su apelación rápida**, significa que coincidimos con usted en que necesita los servicios durante más tiempo y que continuaremos brindándole los servicios cubiertos en la medida en que sean médicamente necesarios. 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 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, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará *de manera automática* 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 *de manera automática* al nivel 2 del proceso de apelación.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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 reclamo. El proceso de reclamos es diferente del proceso de apelación. En la Sección 11 se explica cómo puede 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 tiene ninguna vinculación con nuestro plan 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.
- 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 que nuestro plan tomó con respecto a su primera apelación y que no la modificará.
 - 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 10 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 10 Cómo elevar su apelación al Nivel 3 y a niveles superiores

Sección 10.1 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.

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 un abogado mediador aceptan su apelación, el proceso de apelación puede terminarse o no.** Nosotros decidiremos si apelamos 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 un plazo de 60 días calendario a partir de la recepción de la decisión del juez de derecho administrativo o el 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 un abogado mediador rechazan su apelación, el proceso de apelación puede terminarse 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 (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del Gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable sobre una apelación de nivel 3, el proceso de apelación puede terminarse 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 de 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 un 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 si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación puede terminarse o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación se terminó.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- 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.

Apelación de nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal del Distrito** revisará su apelación.

- Esta es la última etapa del proceso de apelación.

Sección 10.2 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 terminarse 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** (Consejo) de Medicare 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 terminarse 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 declina su apelación o rechaza su solicitud de revisión de la apelación, en el aviso que reciba, se le indicará si según las normas usted puede avanzar hacia una apelación en el 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.

Apelación de nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal del Distrito** revisará su apelación.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Esta es la última etapa del proceso de apelación.

SECCIÓN 11 Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, 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 su lugar, debe utilizar el procedimiento para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 5 de este capítulo.

Sección 11.1 ¿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. A continuación, se dan algunos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan 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?
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?

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Reclamo	Ejemplo
<p>Puntualidad (Estos tipos de reclamos se relacionan con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura y apelaciones)</p>	<p>El proceso de solicitud de una decisión de cobertura y de presentación de una apelación se explica en las secciones 4 a 10 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 11.2 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 11.3 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, Servicios para Afiliados le informará. Llame al 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Abrimos los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y el de Navidad). Estamos disponibles de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre (excepto los días feriados nacionales).
- **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, 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

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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.** Debe presentar el reclamo en un plazo de 60 días calendario después de haber tenido el problema por el cual quiere presentar un reclamo.
- **Si está presentando 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 **dentro 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 11.4 También puede presentar reclamos sobre la calidad de la atención 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 de la salud a quienes el gobierno federal paga para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare.
 - Para encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado, consulte la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto. Si presenta un reclamo ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolverlo.
- **O 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.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Sección 11.5 También puede informarle a Medicare de su reclamo

Puede presentar un reclamo acerca de HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, ingrese en 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.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICAID

SECCIÓN 12 Cómo resolver problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid

Puede presentar un reclamo relacionado con los servicios cubiertos de Medicaid comunicándose con la oficina de Medicaid de su estado. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 de este folleto si desea obtener la información de contacto de la oficina de Medicaid de su estado.

CAPÍTULO 10

Finalizar su afiliación en el plan

Capítulo 10. Finalizar su afiliación en el plan

SECCIÓN 1	Introducción.....	176
Sección 1.1	Este capítulo se centra en la finalización de su afiliación en nuestro plan.....	176
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su afiliación en nuestro plan?	176
Sección 2.1	Usted puede finalizar su afiliación debido a que tiene Medicare y Medicaid.....	176
Sección 2.2	Puede finalizar su afiliación durante el periodo de inscripción anual.....	177
Sección 2.3	Puede finalizar su afiliación durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage	177
Sección 2.4	En determinados casos, puede finalizar su afiliación durante un periodo especial de inscripción	178
Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información acerca de cuándo puede finalizar su afiliación?	179
SECCIÓN 3	¿Cómo puede finalizar su afiliación en nuestro plan?	179
Sección 3.1	Generalmente, usted finaliza su membresía cuando se inscribe en otro plan	179
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su afiliación, debe continuar adquiriendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.....	181
Sección 4.1	Hasta que finalice su afiliación, usted sigue siendo afiliado de nuestro plan	181
SECCIÓN 5	HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones	181
Sección 5.1	¿Cuándo debemos finalizar su afiliación en el plan?	181
Sección 5.2	Nosotros no podemos pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud	182
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar un reclamo si finalizamos su afiliación en nuestro plan	182

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 MediSun Plus (HMO D-SNP) puede ser **voluntaria** (su decisión) o **involuntaria** (decisión ajena a su voluntad):

- 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 le informa cuándo puede finalizar su afiliación en el plan. En la Sección 2 se explican los tipos de planes en los que se puede inscribir y cuándo comienza la inscripción en su nueva cobertura.
 - El proceso para finalizar de manera voluntaria su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que elija. En la Sección 3, se informa *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 membresía 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 Usted puede finalizar su afiliación debido a que tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su afiliación solamente durante ciertos momentos del año. Dado que usted tiene Medicaid, puede finalizar su afiliación en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes periodos especiales de inscripción:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

Si se inscribió en nuestro plan durante alguno de estos periodos, deberá esperar al próximo periodo para finalizar su afiliación o cambiarse a otro plan. No puede usar este periodo especial de inscripción para finalizar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. No obstante, todas las personas con Medicare pueden realizar cambios del 15 de octubre al 7 de diciembre durante el periodo de inscripción anual. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el periodo de inscripción anual.

- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar?** Si decide cambiarse a otro plan, puede elegir entre los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - 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.
 - Si desea cambiarse a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, salvo que usted haya renunciado a la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días seguidos o

Capítulo 10. Finalizar su afiliación en el plan

más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D si luego se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare).

Comuníquese con la oficina de Medicaid de su estado para obtener más información sobre las opciones de su plan de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en el Capítulo 2, Sección 6 de este folleto).

- **¿Qué vigencia tiene su membresía?** Por lo general, su afiliación finalizará el primer día del mes siguiente al que recibamos su solicitud de cambio de plan. Su inscripción en el nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2	Puede finalizar su afiliación 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 de medicamentos recetados de Medicare independiente.
 - **Si recibe Ayuda Extra de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si desea cambiarse a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, salvo que usted haya renunciado a la inscripción automática.
- Nota:** Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D si luego se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 4, para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.
- **¿Qué vigencia tiene su afiliación?** Su membresía estará vigente hasta que comience la cobertura de su plan nuevo el 1.º de enero.

Sección 2.3	Puede finalizar su afiliación 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 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 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).

Capítulo 10. Finalizar su afiliación en el plan

- Cancelar 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 independiente de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.
- **¿Qué vigencia tiene su membresía?** Su afiliación finalizará el primer día del mes posterior a que se inscriba en otro plan Medicare Advantage o que recibamos su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si también 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 de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En determinados casos, puede finalizar su afiliación durante un periodo especial de inscripción

En determinados casos, los afiliados 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 Mayores (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.

Nota: La Sección 2.1 brinda mayor información acerca del periodo especial de inscripción para personas con Medicaid.

- **¿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, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al {número}. Si es elegible para finalizar su afiliación 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 de medicamentos recetados de Medicare independiente.

Si recibe Ayuda Extra de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si desea cambiarse a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, salvo que usted haya renunciado a la inscripción automática.

Capítulo 10. Finalizar su afiliación en el plan

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D si luego se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 4, 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.

Nota: En la Sección 2.1 y en la Sección 2.2, encontrará más información sobre el periodo especial de inscripción para las personas con Medicaid y Ayuda Extra.

Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información acerca de cuándo puede finalizar su afiliación?
--------------------	---

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información acerca de cuándo puede finalizar su membresía:

- 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**.
 - Todas las personas que tengan Medicare recibirán una copia del manual *Medicare y Usted 2022* en otoño. Las personas recién inscritas en Medicare la reciben en el plazo de un mes después de inscribirse.
 - También puede descargar una copia desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede pedir una copia impresa llamando a Medicare al número que figura a continuación.
- Puede llamar a **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 membresía cuando se inscribe en otro plan
--------------------	--

Generalmente, para finalizar su afiliación, simplemente debe inscribirse en otro plan de Medicare. Sin embargo, si quiere cambiarse de nuestro plan a Original Medicare, pero no ha seleccionado un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente, debe solicitar que se cancele su inscripción en nuestro plan. Existen dos formas de solicitar la anulación:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicios para Afiliados si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto).
- *O bien*, puede llamar a 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.

La tabla que aparece abajo explica cómo debe finalizar su afiliación en nuestro plan.

Capítulo 10. Finalizar su afiliación en el 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"> • Inscribese en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura empezará el primer día del mes siguiente. Se cancelará de manera automática su inscripción en HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) 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"> • Inscribese en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura empezará el primer día del mes siguiente. Se cancelará de manera automática su inscripción en HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente. <ul style="list-style-type: none"> ○ Si desea cambiarse a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, salvo que usted haya renunciado a la inscripción automática. ○ Si usted cancela su inscripción en el plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, tal vez deba pagar una multa por inscripción tardía si luego se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Envíenos una solicitud de desafiliación por escrito. Comuníquese con Servicios para Afiliados si necesita más información sobre cómo hacer esto (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 del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará de manera automática su inscripción en HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) cuando comience la cobertura de Original Medicare.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Agencia para la Administración de la Atención de la Salud (AHCA) de Florida (el programa de Medicaid de Florida), comuníquese al 1-866-762-2237; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8771. Los agentes están disponibles de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes. También puede comunicarse con el defensor de la atención a largo plazo de Florida al 1-888-831-0404 (TTY: 711), que se encuentra disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Consulte de qué forma el hecho de inscribirse en otro plan o volver a Original Medicare influye en su cobertura de Florida Medicaid.

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 cancela su inscripción en HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP), puede pasar cierto tiempo antes de que finalice su membresía y entre en vigencia la nueva cobertura de Medicare y Medicaid. (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 MediSun Plus (HMO D-SNP) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su afiliación en el plan?

HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) debe finalizar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:

- Ya no tiene Medicare Parte A y Parte B
- Ya no es elegible para Medicaid. Como se estableció en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para gente elegible para Medicare y Medicaid. Si se encuentra en el periodo de 6 meses considerado de elegibilidad continua de nuestro plan, seguiremos brindándole la cobertura de todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este periodo, dejaremos de cubrir cualquier beneficio de Medicaid incluido conforme a Florida Medicaid, y usted deberá pagar cualquier prima de Medicare o los costos compartidos del plan que, de alguna otra forma, el plan cubriría si usted no hubiera perdido la condición de elegible para el Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP) o la elegibilidad doble para beneficios completos (FBDE).
- 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 de Servicios 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.
- 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 retirarse de nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
- 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 retirarse de nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).

Capítulo 10. Finalizar su afiliación en el plan

- Si permite que un tercero use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a retirarse de nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
 - Si finalizamos su afiliación por esta razón, es posible que Medicare haga que el inspector general investigue su caso.
- Si se le exige pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan.

¿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 MediSun Plus (HMO D-SNP) no está autorizado a pedirle que cancele su inscripción en nuestro plan por ninguna razón relacionada 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. También puede leer, en el Capítulo 9, Sección 11, la 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).....	185
SECCIÓN 2	Aviso de no discriminación.....	185
SECCIÓN 3	Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	185

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 rige para 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, o 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, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o región 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 sobre Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible y todas las otras leyes que conciernen a las organizaciones que reciben financiamiento federal y demás leyes y 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 Servicios para Afiliados pueden ayudarle.

SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare para los que Medicare no es el pagador primario. Según la normativa de los CMS en las Secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del CFR, HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP), como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría según la normativa de los CMS en las Subsecciones B a D de la Sección 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen las leyes estatales.

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 Servicios 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

Teléfono: . 877-336-2069 (TTY: 711)
Fax: . 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 Servicios 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, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por 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>.

Multi-language Interpreter Services/Servicio multilingüe de intérprete

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 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)** اتصل بالرقم 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500). إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجاناً:تنبيه
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) เรียน** ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร :1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Afiliado (afiliado de nuestro plan o “afiliado del plan”): persona que tiene Medicare y 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).

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 hacen por sí mismas, como colocarse colirio. Medicare no paga la atención de custodia.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son: (1) suministrados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de cuidado especializado de enfermería 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 médicos del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan 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: programa de Medicare cuyo fin es ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, por ejemplo, las primas, los deducibles y los 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).

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare. En el Capítulo 2, se explica cómo ponerse en contacto con los CMS.

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: se trata de una entidad que trabaja exclusivamente para brindar servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios que no requieran hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no exceda las 24 horas.

Cobertura acreditable de medicamentos recetados: la cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, por parte de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que 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 (o “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: monto que es posible que deba pagar como su parte del costo por servicios o medicamentos recetados después de que usted paga cualquier deducible. Generalmente, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, 20 %).

Costos compartidos: se refiere a los montos que un afiliado tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto se suma a 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. Se puede aplicar una “tasa diaria de costos compartidos” cuando su médico le receta menos de un suministro mensual completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago.

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 toma una determinación de la organización cuando toma una decisión sobre si los artículos o los servicios tienen cobertura o sobre cuánto debe pagar usted por 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.

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 (Durable Medical Equipment, 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 para medicamentos de la Parte D durante la cual le corresponde pagar un copago o coseguro bajo por los medicamentos si usted u otras personas calificadas en su nombre gastaron **\$7,050** en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Etapas de cobertura inicial: es la etapa anterior al momento en que sus gastos totales de medicamentos, incluidos los montos que ha pagado usted y lo que ha pagado su plan en su nombre durante el año, han alcanzado los \$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: un 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 (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel inferior de costos compartidos (una 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: ocurre cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le cobra a un paciente un monto más alto que el monto de costos compartidos permitido por el plan. Como afiliado de HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP), usted solo debe pagar los montos de los costos compartidos de nuestro plan cuando recibe los servicios que cubre nuestro 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: una farmacia de la red es una farmacia en la que los afiliados de nuestro plan pueden obtener sus beneficios para 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 ni proporcionar medicamentos cubiertos a 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 costos compartidos del afiliado, por el cual debe pagar una parte de los servicios o medicamentos que recibe, también se denomina requisito de “gastos de bolsillo” del afiliado.

Hospicio: un afiliado que tiene 6 meses o menos de vida tiene derecho a elegir un hospicio. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista para enfermos terminales 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 la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información sobre una 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 la mayoría de los costos de atención de la salud están cubiertos si usted reúne los requisitos para Medicare y Medicaid. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 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 de salud 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 renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare 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 de salud de Medicare, usted debe visitar a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1 para obtener información sobre los médicos de atención primaria.

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (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 por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. Los montos que usted paga por las primas de su plan, las primas de Medicare Parte A y Parte B, y los medicamentos recetados no se computan para el monto máximo de bolsillo. Si usted es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare según Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que se compute para el cálculo del monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Nota: Puesto que nuestros afiliados también obtienen ayuda de Medicaid, muy pocos afiliados alcanzan alguna vez este máximo de bolsillo. Consulte la Sección 1.1 del Capítulo 4 para obtener más 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 se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un periodo de 63 días consecutivos o más luego 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 Ayuda Extra de Medicare para pagar los gastos de su plan de medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía. En caso de que deje de recibir Ayuda Extra deberá pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D si se queda sin la cobertura de la Parte D o sin alguna otra cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más.

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 (QIO): un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención de la salud 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”): Original Medicare es un plan ofrecido por el gobierno. No es un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagar montos de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica 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 independiente 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 que la persona comienza a ser elegible por primera vez para Medicare.

Periodo de inscripción inicial: cuando usted es elegible por primera vez 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 el que cumple 65 años, incluye el mes en el que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en el que cumple 65 años.

Persona con elegibilidad doble: una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (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. La distribución de costos para el afiliado generalmente será mayor 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 (Institutional Special Needs Plan, 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 espera que residan continuamente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Los centros de LTC pueden incluir centros de enfermería especializada (SNF); centros de enfermería (NF); (SNF/NF); centros de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (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 Medicare Advantage (MA): a veces llamado Medicare Parte C. Un plan que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar a los afiliados todos los beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan Medicare Advantage puede ser un plan HMO, PPO, un plan privado de pago por servicio (PFFS) o un plan de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA) de Medicare. Cuando está inscrito en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan de acuerdo con 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**. Cualquiera que tenga Medicare Parte A y Parte B es elegible para inscribirse en cualquier plan médico de Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Plan médico de Medicare: un plan médico de Medicare es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarles los beneficios de la Parte A y la 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 de Medicare, los programas de demostración/pilotos y los Programas de Atención Integral para Adultos Mayores (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: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención de la salud para grupos específicos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Medicaid, que residen en un hogar de ancianos o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Póliza “Medigap” (seguro suplementario de Medicare): seguro suplementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas 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: pago periódico que se realiza a Medicare, a una compañía de seguro o a un plan de atención de la salud por la cobertura médica o de medicamentos recetados.

Programa de descuentos durante la etapa sin cobertura de Medicare: programa que brinda descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los afiliados de la Parte D que hayan llegado a la etapa sin cobertura y que todavía no reciben 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 de la red: “proveedor” es el término general que usamos para médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención de la salud que cuentan con licencia o

certificación de Medicare y del estado para brindar 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: un tipo de reclamo que puede presentar sobre nosotros o sobre farmacias. También puede ser un reclamo relacionado con la calidad de la atención médica que recibió. 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 de salud 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 médica 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: los servicios de urgencia se prestan en casos de enfermedades, lesiones o afecciones imprevistas para las que se requiere atención médica inmediata, pero que no constituyen una emergencia. Los servicios de urgencia pueden obtenerse a través de proveedores dentro la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores dentro 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 un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para 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 el suministro de cada día 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 las 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.