Información Importante del Plan

Mensaje Importante

Este es un apéndice de su Aviso anual de cambios y Evidencia de cobertura de 2023.

En agosto de 2022, el presidente Biden firmó la Ley de Reducción de la Inflación (IRA, por sus siglas en ingles) de 2022. La ley hace mejoras que proporcionan protección de costos compartidos. Como parte de la IRA, este apéndice es para informarle de lo siguiente:

- A partir del 1 de abril de 2023, las personas con Medicare pueden ver costos de bolsillo más bajos para ciertos medicamentos de la Parte B con precios que han aumentado más rápido que la tasa de inflación.
- A partir del 1 de julio de 2023, no pagará más de $35 para un suministro de 30 días por mes por la insulina de la Parte B utilizada en las bombas de insulina tradicionales bajo el beneficio de Equipo Médico Duradero.

Esta es solo una notificación, y no se requiere ninguna acción de su parte para que estos cambios entren en vigor. Le recomendamos que guarde esta información para futuras referencias.

Si tiene preguntas sobre esta información, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-877-336-2069. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. desde el 1.o de abril hasta el 30 de septiembre (excepto los días feriados nacionales). Desde el 1.o de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad).

Agradecemos la confianza que deposita en HealthSun Health Plans. Recuerde que cuidar de su salud es nuestra prioridad.

Y0114_2023IRA_HS_C

Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2023

Evidencia de Cobertura:

Los beneficios, servicios y cobertura de medicamentos recetados de Medicare como miembro de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura médica y de medicamentos recetados de Medicare desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro**.

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-877-336-2069. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre (excepto los días feriados nacionales). Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad).

Este plan, HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO), es ofrecido por HealthSun Health Plans. (En esta *Evidencia de Cobertura*, "nosotros" "nos" o "nuestro" significa HealthSun Health Plans. Los términos "plan" o "nuestro plan", hacen referencia a HealthSun HealthAdvantage Plus [HMO].)

Este documento está disponible de forma gratuita en inglés. This document is available in English. ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Call 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500). Esta información está disponible en diferentes formatos, como braille y letra grande. Si necesita información del plan en otro formato, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número antes mencionado.

Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.° de enero de 2024.

El Formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. De ser necesario, le enviaremos un aviso. Les informaremos los cambios a los inscritos que se vean afectados con al menos 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Úselo para entender lo siguiente:

- La prima del plan y los costos compartidos;
- Los beneficios médicos y de medicamentos recetados;
- Cómo presentar una queja si no está conforme con un servicio o tratamiento;
- Cómo contactarnos si necesita más asistencia; y
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

H5431_2023EOC018_C

OMB Approval 0938-1051 (Vencimiento: 29 de febrero de 2024)

Evidencia de Cobertura de 2023
Índice

CAPÍTULO 1: *Primeros pasos como miembro*..... 5

SECCIÓN 1 Introducción 6
SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan? 7
SECCIÓN 3 Materiales importantes relacionados con la membresía que le enviaremos 8
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) 9
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 12
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan 14
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 15

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

SECCIÓN 1 Contactos de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) (cómo contactarnos y cómo comunicarse con Servicios para Miembros) 18
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 (ayuda, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare sin costo) 24
SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad 25
SECCIÓN 5 Seguro Social 26
SECCIÓN 6 Medicaid 27
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar por sus medicamentos recetados 28
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria 30
SECCIÓN 9 ¿Tiene un "seguro para grupos" u otro seguro médico de un empleador? 31

CAPÍTULO 3: Uso del plan para sus servicios médicos 32

SECCIÓN 1 Cuestiones que debe saber para acceder a su atención médica como miembro de nuestro plan 33
SECCIÓN 2 Utilice los proveedores de la red del plan para acceder a la atención médica. 35
SECCIÓN 3. Cómo recibir servicios cuando tiene una emergencia o necesita atención urgente o durante una catástrofe 39
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente a usted el costo total de los servicios? 41
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un "estudio de investigación clínica"? 42
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una "institución religiosa no médica de atención de la salud" 44
SECCIÓN 7 Normas para ser propietario del equipo médico duradero 45

CAPÍTULO 4: *Cuadro de beneficios médicos (lo que tiene cobertura y lo que usted paga)* 47

SECCIÓN 1 Cómo entender sus gastos de bolsillo para los servicios cubiertos 48

SECCIÓN 2 Utilice el *Cuadro de Beneficios Médicos* para saber qué servicios están cubiertos y cuánto pagará 49

SECCIÓN 3. ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 83

CAPÍTULO 5: *Cómo usar la cobertura del plan para obtener medicamentos recetados de la Parte D* 87

SECCIÓN 1 Introducción 88

SECCIÓN 2 Cómo surtir sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 88

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "lista de medicamentos" del plan 92

SECCIÓN 4. Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos 95

SECCIÓN 5 ¿Qué ocurre si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que usted quisiera? 96

SECCIÓN 6. ¿Qué ocurre si se modifica la cobertura de uno de sus medicamentos? 99

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos en el plan? 101

SECCIÓN 8 Surtido de medicamentos recetados 102

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 103

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos 105

CAPÍTULO 6: *Cuánto paga por los medicamentos recetados de la Parte D* 107

SECCIÓN 1 Introducción 108

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de un medicamento" en la que se encuentre usted cuando recibe el medicamento 110

SECCIÓN 3 Le enviamos informes donde se explican los pagos por sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra 111

SECCIÓN 4 No hay deducible para HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) 112

SECCIÓN 5 Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de medicamentos y usted paga la suya 113

SECCIÓN 6 Costos en la etapa de periodo sin cobertura 117

SECCIÓN 7 Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayoría del costo de sus medicamentos 117

SECCIÓN 8 Información sobre beneficios adicionales 118

SECCIÓN 9 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene 118

CAPÍTULO 7: *Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos* 120

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos 121

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que recibió 123

SECCIÓN 3 Evaluaremos su solicitud de pago y le comunicaremos si fue aprobada o no 124

CAPÍTULO 8: *Sus derechos y obligaciones* 125

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades interculturales como miembro del plan 126

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas obligaciones como miembro del plan 134

CAPÍTULO 9: *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* 136

SECCIÓN 1 Introducción 137

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 138

SECCIÓN 3 Para tratar su problema, ¿qué proceso debe usar? 138

SECCIÓN 4 Guía de aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones 139

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura 142

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 150

SECCIÓN 7 Cómo solicitar que cubramos una hospitalización más extensa si cree que el médico le está dando el alta demasiado pronto 160

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto 167

SECCIÓN 9 Cómo elevar su apelación al nivel 3 y a niveles superiores 174

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes 177

CAPÍTULO 10: *Finalizar su membresía en el plan* 181

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan 182

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan? 182

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan? 185

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe continuar obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 185

SECCIÓN 5 HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones 186

CAPÍTULO 11: *Avisos legales* 188

SECCIÓN 1 Aviso sobre ley(es) vigente(s) 189

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación 189
SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare. 189

CAPÍTULO 12: *Definiciones de palabras importantes* 194

CAPÍTULO 1:
Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO), que es un plan HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido obtener la cobertura médica y de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO). Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores con este plan son diferentes que con Medicare Original.

HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO son las siglas en inglés de Organización para el Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

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 del Cuidado 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 se trata el documento de *Evidencia de Cobertura*?

Este documento de *Evidencia de Cobertura* describe cómo puede obtener atención médica y medicamentos recetados. Explica sus derechos y obligaciones, lo que está cubierto, lo que paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está conforme con una decisión o un tratamiento.

Los términos "cobertura" y "servicios cubiertos" se refieren a los servicios y la atención médica, y a los medicamentos recetados que están a su disposición por ser miembro de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO).

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

Si tiene alguna duda, inquietud o pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte del contrato que celebramos con usted sobre cómo HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) cubre su atención. Este contrato también incluye el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y los avisos que le enviemos sobre los cambios o las condiciones que afecten su cobertura. A estos avisos a veces se los denomina "cláusulas adicionales" o "enmiendas".

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que está inscrito en HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) entre el 1.º de enero y el 31 de diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) después del 31 de diciembre de 2023. También podemos dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2023.

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

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

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

- Tenga Medicare Parte A y Medicare Parte B
- *– y –* viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- *– y –* sea ciudadano de los Estados Unidos o cuente con presencia legal en el país

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan para HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para continuar como miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo dentro del área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio abarca los siguientes condados de Florida: Broward.

Si piensa mudarse fuera del área de servicio, no puede continuar siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para Miembros para averiguar si tenemos un plan en su área nueva. Cuando se mude, contará con un periodo especial de inscripción que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan médico o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

Si se muda o cambia de dirección postal, 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.

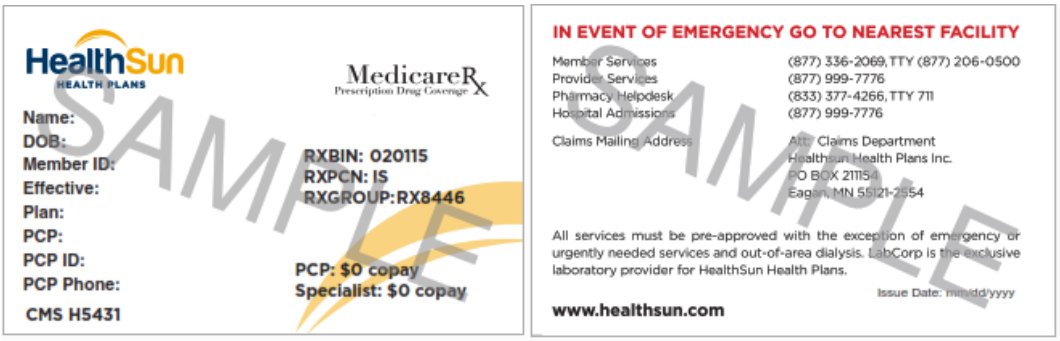
Sección 2.3 Ciudadano estadounidense o presencia legal en el país

Un miembro de un plan de salud 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 HealthAdvantage Plus (HMO) si usted no es elegible para seguir siendo miembro según estos criterios. Si no cumple con este requisito, HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) cancelará su inscripción.

SECCIÓN 3 Materiales importantes relacionados con la membresía que le enviaremos

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

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



Mientras sea miembro de este plan, NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para recibir servicios médicos cubiertos. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO), es posible que deba pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Conserve su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Le pueden solicitar que la muestre si necesita servicios hospitalarios o servicios para enfermos terminales, o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para Miembros y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

En el *Directorio de proveedores y farmacias* figuran los proveedores, las farmacias y los proveedores de equipo médico duradero de la red.

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales médicos, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros médicos que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier monto de costos compartidos del plan como pago total.

Debe acudir a proveedores de la red para recibir los servicios y la atención médica. Si acude a otros proveedores sin la autorización correspondiente, tendrá que pagar el costo total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, cuando no es razonable o posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera de la red y los casos en que HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han acordado surtir los medicamentos recetados cubiertos para los miembros de nuestro plan.

Puede utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar los proveedores y la farmacia de la red que desea usar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede ir a farmacias que no forman parte de la red del plan.

El *Directorio de proveedores y farmacias* también le indicará cuáles de las farmacias en nuestra red tienen costos compartidos preferidos, que pueden ser más bajos que los costos compartidos estándar ofrecidos por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

La lista de proveedores y farmacias de la red más actualizada está disponible en nuestro sitio web www.HealthSun.com.

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede llamar a Servicios para Miembros y pedir una.

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 HealthAdvantage Plus (HMO). El plan, con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos que figuran en esta lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la lista de medicamentos de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO).

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

Le enviaremos una copia de la lista de medicamentos. Para recibir la información más completa y actualizada sobre los medicamentos que están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.HealthSun.com) o llamar a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima mensual de Medicare Parte B (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía a la Parte D (Sección 4.4)
- Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual del plan aparte para HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO).

Sección 4.2 Prima mensual de Medicare Parte B

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

La prima mensual de la Parte B se deduce automáticamente de su cheque mensual del Seguro Social. Como miembro de nuestro plan, es elegible para una reducción en su prima de Medicare Parte B de hasta **$145.00**. La reducción es establecida por Medicare y administrada a través de la Administración del Seguro Social (SSA). Según cómo pague su prima de Medicare Parte B, su reducción puede acreditarse en su cheque del Seguro Social o en su estado de cuenta de la prima de Medicare Parte B. La emisión de las reducciones puede tardar varios meses. Sin embargo, recibirá un crédito completo de la reducción de la prima.

Tenga en cuenta que si cancela la inscripción en HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) la reducción de la prima de la Parte B finalizará en la fecha de entrada en vigencia de la cancelación de la inscripción. La Administración del Seguro Social puede tardar varios meses en completar el procesamiento necesario. Si la prima de la Parte B se deduce automáticamente de su cheque mensual del Seguro Social, cualquier reducción de la prima de la Parte B que reciba después de la fecha de entrada en vigencia de la cancelación de la inscripción se deducirá de su cheque mensual del Seguro Social subsiguiente.

Debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye la prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A para aquellos miembros que no son elegibles para no pagar la prima de la Parte A.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía a la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** a la Parte D. La multa por inscripción tardía a la Parte D es una prima adicional que debe pagar por la cobertura de la Parte D si, en algún momento posterior al periodo de inscripción inicial, estuvo sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más. La "cobertura acreditable de medicamentos recetados" es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo estuvo sin la cobertura de la Parte D o sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

Cuando se inscriba por primera vez en HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO), le informaremos el monto de la multa.

No tendrá que pagarla en los siguientes casos:

- Si recibe Ayuda Extra ("Extra Help") de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Si estuvo menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Tuvo cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o el Departamento de Recursos Humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Es posible que reciba esta información en una carta o con un boletín informativo del plan. Guarde esta información, ya que puede necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

    - **Nota:** El aviso debe indicar que usted tenía cobertura acreditable de medicamentos recetados que se espera que pague lo mismo que un plan estándar de medicamentos recetados de Medicare.

        - **Nota:** Las siguientes *no* son coberturas acreditables de medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos para medicamentos.

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

- Si estuvo 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados cuando fue elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos que estuvo sin cobertura. La multa es del 1% por cada mes que estuvo sin cobertura acreditable. Por ejemplo: si estuvo sin cobertura durante 14 meses, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en el país a partir del año anterior. Para 2023, la prima promedio será de $32.74.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima mensual promedio, y luego redondéela hasta los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% por $32.74, lo que equivale a $4.58. Este número, redondeado, sería $4.60. Este monto se sumaría **a la prima mensual de la persona que debe pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D**.

Hay tres aspectos importantes para destacar acerca de esta multa mensual por inscripción tardía a la Parte D:

- En primer lugar, **la multa puede cambiar todos los años** porque la prima mensual promedio se puede modificar anualmente.
- En segundo lugar, **seguirá pagando una multa** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de Medicare Parte D, aunque cambie de plan.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y recibe actualmente beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía a la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía a la Parte D se basará únicamente en los meses en los que no tenga cobertura después de su periodo de inscripción inicial por cumplir la edad para Medicare.

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía a la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. En general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** posteriores a la fecha en que recibe la primera carta en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si pagaba una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad para solicitar una revisión de la multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos miembros tengan que pagar un cargo adicional, conocido como monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D o IRMAA. El cargo adicional se calcula con base en sus ingresos brutos ajustados modificados según lo informado en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años. Si estos superan un monto determinado, pagará la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar según sus ingresos, visite https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta para informarle cuál será ese monto adicional. El monto adicional se deducirá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación Ferroviaria o de la Oficina de Administración de Personal, sin importar de qué manera usted suele pagar la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, usted recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el monto adicional al Gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

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

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Si paga una multa por inscripción tardía a la Parte D, existen varios modos de pagar la prima del plan

Existen dos modos en los que puede pagar la multa. En la solicitud de inscripción podrá elegir una opción de pago. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros y seleccionar una opción preferida o cambiar la opción actual (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

Opción 1: Pagar con cheque

Una vez al año, recibirá una factura por la multa por inscripción tardía a la Parte D. 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

Los cheques deben ser pagaderos a HealthSun Health Plans. Puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo pagar la multa por inscripción tardía a la Parte D de este modo. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en el dorso de este folleto).

Opción 2: Solicitar que la multa por inscripción tardía a la Parte D se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social

Puede cambiar el método de pago de la multa por inscripción tardía a la Parte D. Si decide hacerlo, 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 multa a tiempo. Para cambiar el método de pago, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 1-877-336-2069 de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500.

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

Debemos recibir el pago de la multa por inscripción tardía a la Parte D en nuestra oficina luego de que reciba la factura anual. Si decide hacer un pago mensual, el pago se debe realizar antes del último día de cada mes.

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía a la Parte D a tiempo, comuníquese con Servicios para Miembros para ver si le podemos recomendar programas que le ayuden con los costos.

Sección 5.2 ¿Podemos cambiar la prima mensual del plan durante el año?

No. No estamos autorizados a cambiar el monto que cobramos 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.

No obstante, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía o que necesite comenzar a pagar una. Esto puede suceder si usted pasa a ser elegible para el programa Ayuda Extra (“Extra Help”) o si deja de serlo durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía a la Parte D y pasa a ser elegible para el programa Ayuda Extra (“Extra Help”) durante el año, dejaría de pagar la multa.

- En caso de que deje de recibir Ayuda Extra (“Extra Help”), deberá pagar la multa por inscripción tardía 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.

Puede encontrar más información sobre el programa Ayuda Extra (“Extra Help”) en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción, como su dirección y número de teléfono. 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 membresía 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 de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (como de su empleador, del empleador de su cónyuge, indemnización por accidentes de trabajo o Medicaid)
- Si tiene alguna reclamación de responsabilidad, por ejemplo, por un accidente automovilístico
- Si ha ingresado en un hogar de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que está fuera del área de servicio o fuera de la red
- Si cambia su persona a cargo designada (como su cuidador)
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No es obligación informarle al plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene intención de participar, pero le recomendamos que lo haga)

Si alguna información cambia, llame a Servicios para Miembros para informárnoslo. También puede iniciar sesión en el portal para miembros de HealthSun y actualizar su dirección, correo electrónico o número de teléfono.

Si se muda o cambia su dirección postal, 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 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

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. Esto se llama **coordinación de beneficios**.

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 a Servicios para Miembros. Es posible que tenga que darle su número de identificación del miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen en tiempo y forma.

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

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 del plan médico 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 médico 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 pagan luego de que Medicare, los planes médicos grupales del empleador y/o Medigap hayan pagado.

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) (cómo contactarnos y cómo comunicarse con Servicios para Miembros)

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de nuestro plan

Para obtener asistencia con reclamaciones, facturación o preguntas sobre la tarjeta del miembro, llame o escriba a Servicios para Miembros de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO). Con gusto le ayudaremos.

Medio	Servicios para Miembros: información de contacto
TELÉFONO	1-877-336-2069 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad). Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes (excepto los días feriados nacionales). Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación 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. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad). Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes (excepto los días feriados nacionales).
FAX	305-448-5783
CORREO	9250 W Flagler Street Suite 600, Miami, FL 33174
SITIO WEB	www.HealthSun.com

Cómo contactarnos cuando solicita una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o 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 solicitar decisiones de cobertura o apelaciones relacionadas con la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Medio	Decisiones de cobertura para atención médica: información de contacto
TELÉFONO	1-877-336-2069 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad). Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes (excepto los días feriados nacionales).
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. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad). Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes (excepto los días feriados nacionales).
FAX	305-448-5783
CORREO	9250 W Flagler Street Suite 600, Miami, FL 33174
SITIO WEB	www.HealthSun.com

Medio	Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
TELÉFONO	1-877-336-2069 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad). Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes (excepto los días feriados nacionales).
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. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad). Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes (excepto los días feriados nacionales).

Medio	Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
FAX	1-844-430-1705
CORREO	9250 W Flagler Street Suite 600, Miami, FL 33174
SITIO WEB	www.HealthSun.com

Medio	Apelaciones por atención médica o medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
TELÉFONO	1-877-336-2069 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad). Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes (excepto los días feriados nacionales).
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. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad). Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes (excepto los días feriados nacionales).
FAX	1-877-589-3256
CORREO	9250 W Flagler Street Suite 600, Miami, FL 33174
SITIO WEB	www.HealthSun.com

Cómo contactarse con nosotros cuando presenta un reclamo sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Este tipo de reclamos no abarca disputas sobre la cobertura o el pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja relacionada con su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Medio	Quejas sobre atención médica: información de contacto
TELÉFONO	1-877-336-2069 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad). Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes (excepto los días feriados nacionales).
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. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad). Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes (excepto los días feriados nacionales).
FAX	786-363-8100
CORREO	9250 W. Flagler Street Suite 600, Miami, FL 33174
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

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

Si recibió una factura o pagó servicios (como una factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que tenga que solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por 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 hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) para obtener más información.

Medio	Solicitudes de pago para atención médica: información de contacto
TELÉFONO	1-877-336-2069. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad). Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes (excepto los días feriados nacionales). Las llamadas a este número son gratuitas.
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. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad). Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes (excepto los días feriados nacionales).
FAX	305-448-5783
CORREO	9250 W Flagler Street Suite 600, Miami, FL 33174
SITIO WEB	www.HealthSun.com

Medio	Solicitudes de pago para medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
TELÉFONO	1-877-336-2069. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad). Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes (excepto los días feriados nacionales). Las llamadas a este número son gratuitas.

Medio	Solicitudes de pago para medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
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. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad). Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes (excepto los días feriados nacionales).
FAX	1-401-652-1911
CORREO	PO BOX 52077, Phoenix, AZ 85072-2077 O bien, envíe un correo electrónico a RxPaperClaim_AnthemMEDD@CVSHealth.com.
SITIO WEB	www.HealthSun.com

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

Medicare es el programa de seguro médico federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (una insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un 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 celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluso nosotros.

Medio	Medicare: información de contacto
TELÉFONO	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas, todos los días.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y los temas actuales relacionados. También contiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de cuidado médico en el hogar y centros de diálisis. Cuenta con documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. Además, podrá encontrar los contactos de Medicare de su estado.

Medio	Medicare: información de contacto
	El sitio web de Medicare también brinda información detallada sobre su elegibilidad y opciones de inscripción mediante las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad para Medicare:** brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • **Localizador de planes de Medicare:** ofrece información personalizada sobre planes de medicamentos recetados de Medicare, planes de salud de Medicare y pólizas Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un *cálculo* de los posibles gastos de bolsillo de los distintos planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare cualquier queja que tenga sobre HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO): • **Informe a Medicare acerca de su queja:** puede presentar una queja sobre HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) directamente ante Medicare. Para ello, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas en serio y usará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, quizás puede usar una de las computadoras de su biblioteca local u hogar de ancianos para visitar nuestro sitio web. También puede llamar a Medicare y preguntarles por la información que necesita. Ellos buscarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (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 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud
(ayuda, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare sin costo)

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

El SHINE es un programa estatal independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguro ni plan médico) que recibe fondos del Gobierno federal para brindar consejería sobre el seguro de salud local sin costo a personas con Medicare.

Los consejeros del SHINE pueden ayudarlo a entender sus derechos con Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médicos y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los consejeros del SHINE también pueden ayudarlo a resolver problemas relacionados con Medicare, a entender las opciones de planes disponibles de Medicare y a responder sus preguntas sobre Medicare y sobre cómo cambiar de plan.

CÓMO ACCEDER AL SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite *www.medicare.gov*
- Seleccione **"Talk to Someone" (Hablar con alguien)** en la mitad de la página de inicio
- Ahora tiene dos opciones:
  - Opción 1: Puede **chatear en vivo con un representante de la línea 1-800-MEDICARE**
  - Opción 2: Puede seleccionar su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en "IR" (GO). Esto lo dirigirá a una página con números de teléfono y recursos de su estado.

Medio	Asistencia de Necesidades de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHINE) (SHIP de Florida): información de contacto
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.
CORREO	4040 Esplanade Way Suite 270, Tallahassee, FL 32399 O bien, envíe un fax al 850-414-2150 o un correo electrónico a information@elderaffairs.org.
SITIO WEB	www.floridashine.org

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad

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 tiene un grupo de médicos y otros profesionales médicos a los que les paga Medicare para que revisen y mejoren la calidad de la atención para 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 cuidado médico en el hogar, 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
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.

Medio	KEPRO (Organización para la Mejora de la Calidad de Florida): información de contacto
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.
CORREO	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 medicamentos de la Parte D debido a un ingreso mayor. Si usted recibió una carta del Seguro Social en la que se le dice que debe pagar un monto extra y tiene preguntas sobre el monto, o si su ingreso bajó a causa de un evento que cambió sus circunstancias de vida, puede llamar al Seguro Social y solicitar que se reconsidere su caso.

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

Medio	Seguro Social: información de contacto
TELÉFONO	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y 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 8:00 a.m. a 7:00 p.m. de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 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. Algunas personas que tienen Medicare también son elegibles para Medicaid.

Estos programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas a pagar sus gastos de Medicare, como las primas del plan. Estos "Programas de Ahorros de Medicare" incluyen lo siguiente:

- **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 los beneficios completos 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 los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona calificada (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (AHCA) de Florida (programa Medicaid de Florida). También puede comunicarse con el Departamento de Niños y Familias para obtener información sobre Medicaid.

Medio	Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (AHCA) de Florida (programa Medicaid de Florida): información de contacto
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.
CORREO	Agency for Health Care Administration 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 33906
SITIO WEB	https://ahca.myflorida.com/Medicaid/index.shtml

Medio	Departamento de Niños y Familias: información de contacto
TELÉFONO	850-300-4323 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.
FAX	1-866-886-4342
CORREO	ACCESS Central Mail Center P.O. Box 1770, Ocala, FL 34478-1770
SITIO WEB	https://www.myflfamilies.com/service-programs/access/medicaid/

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

El sitio web Medicare.gov (https://es.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) brinda información sobre cómo reducir sus costos de medicamentos recetados. Las personas con ingresos limitados tienen a su disposición otros programas de asistencia que se describen a continuación.

Programa Ayuda Extra ("Extra Help") de Medicare

Medicare proporciona Ayuda Extra ("Extra Help") 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 los copagos por medicamentos recetados de cualquier plan de medicamentos de Medicare. Esta Ayuda Extra ("Extra Help") también se contabiliza para sus gastos de bolsillo.

Si reúne los requisitos automáticamente para la Ayuda Extra ("Extra Help"), Medicare le enviará una carta por correo. No tendrá que inscribirse. Si no reúne los requisitos automáticamente, quizás pueda recibir Ayuda Extra ("Extra Help") para pagar las primas y los costos de sus medicamentos recetados. Para ver si reúne los requisitos para recibir Ayuda Extra ("Extra Help"), llame a uno de los siguientes números:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas, los 7 días de la semana;
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 8 a.m. a 7 p.m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
- La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Consulte la Sección 6 de este capítulo si desea obtener la información de contacto).

Si piensa que ha reunido los requisitos para recibir Ayuda Extra ("Extra Help") y cree que paga un monto de costos compartidos incorrecto cuando obtiene sus medicamentos recetados en la farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso 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 Servicios para Miembros 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 ha corregido el nivel de su copago, y procederemos a actualizar nuestro sistema para que usted pueda seguir pagando el copago correcto cuando obtenga sus medicamentos recetados en una farmacia.

- HealthSun Health Plans aceptará cualquiera de los siguientes tipos de evidencia que presente el miembro, el farmacéutico del miembro, un defensor, un representante, un familiar u otra persona que actúe en nombre del miembro para establecer que el miembro reúne los requisitos para la Ayuda Extra ("Extra Help") debido a sus bajos ingresos:
    - Una copia de la tarjeta de Medicaid del miembro donde figure su nombre y fecha de elegibilidad durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
    - Una copia de un documento del estado que confirme su condición activa de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
    - Una copia del expediente electrónico de inscripción estatal que confirme su condición de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
    - Una impresión de pantalla de los sistemas estatales de Medicaid que confirme su condición de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
    - Una carta de la Administración del Seguro Social (SSA) que confirme que el individuo recibe el ingreso de seguridad suplementario (SSI); o,
    - Una solicitud presentada por el miembro que se considera elegible que establezca que el miembro es "elegible automáticamente para recibir ayuda extra".
- HealthSun Health Plans aceptará cualquiera de los siguientes tipos de evidencia que presente el miembro, el farmacéutico del miembro, un defensor, un representante, un familiar u otra persona que actúe en nombre del beneficiario para establecer que el miembro reúne los requisitos para la Ayuda Extra ("Extra Help") porque está internado o recibe servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS).
    - Una remesa del centro que demuestre el pago realizado en nombre del miembro por Medicaid, por un mes calendario completo durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
    - Una copia de un documento estatal que confirme el pago realizado en nombre del miembro por Medicaid al centro, por un mes calendario completo posterior a junio del año calendario anterior;
    - Una impresión de pantalla de los sistemas estatales de Medicaid que demuestre la internación del miembro durante, por lo menos, un mes calendario completo, para el pago de Medicaid, durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
    - Un 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 los HCBS durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
    - Un plan de servicios de los HCBS aprobado por el Estado que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de entrada en vigencia durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
    - Una carta de aprobación de la autorización previa emitida por el Estado para los HCBS que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de entrada en vigencia durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
    - Otra documentación proporcionada por el Estado que confirme su elegibilidad para los HCBS durante un mes posterior a junio del año calendario anterior; o,
    - Un documento emitido por el Estado, como un aviso de remesa, que confirme el pago de los HCBS e incluya el nombre del beneficiario y las fechas de los 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 Miembros si tiene alguna pregunta.

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

¿Qué es el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP) ayuda a que las personas elegibles que viven con VIH/SIDA tengan acceso a los medicamentos vitales para el VIH. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también figuran en el formulario del ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos de medicamentos recetados a través del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida de Florida.

Nota: Para ser elegibles para el ADAP de su estado, las personas deben cumplir con determinados criterios, entre ellos, evidencia de residencia en el estado y condición de portador de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de persona no asegurada/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, infórmeselo al representante local de inscripción en el ADAP para poder continuar recibiendo la asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida de Florida. Si habla inglés, llame al 1-800-352-2437 (1-800-FLA-AIDS). Si habla español, llame al 1-800-545-7432 (1-800-545-SIDA). Si habla creole, llame al 1-800-243-7101 (1-800-AIDS-101). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-503-7118. También puede visitar el sitio web http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/.

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria

La Junta de Jubilación Ferroviaria es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios completos para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si recibe su cobertura de Medicare a través de la Junta Ferroviaria de Retiro, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria, contáctese con la agencia.

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 *no* son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro para grupos” u otro seguro médico de un empleador?

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

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

CAPÍTULO 3:
Uso del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cuestiones que debe saber para acceder a su atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo se explica lo que debe saber para utilizar el plan y acceder a su atención médica cubierta. Se brindan definiciones de términos y se explican las normas que deberá seguir para recibir los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos recetados y otra atención médica que están cubiertos por el plan.

Para obtener más información sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto debe pagar por ella, consulte el cuadro de beneficios del Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos: qué está cubierto y qué debe pagar*).

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

- 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 médica.
- 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 tienen 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 miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente a nosotros por la atención que le brindan a usted. Cuando consulta a un proveedor de la red, por lo general, usted paga solo su parte del costo de los servicios.
- Los **"servicios cubiertos"** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención de la salud, los suministros, los equipos y los medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios de atención médica cubiertos para usted se detallan en el cuadro de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para acceder a su atención médica cubierta por el plan

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

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

- **El cuidado que recibe está incluido en el cuadro de beneficios médicos del plan** (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **El cuidado que recibe se considera médicamente necesario**. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.

- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que proporciona y supervisa su atención.** Como miembro 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 en la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de cuidado médico en el hogar. Esto se llama darle un"referido". Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
    - No necesita un referido 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. Esto significa que deberá pagarle al proveedor el costo total de los servicios prestados. *A continuación, se describen tres excepciones:*
    - El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que le presten los proveedores fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para conocer la definición de los servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
    - Si necesita atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan pero no hay especialistas en nuestra red que la proporcionen, puede obtener este cuidado médico de un proveedor fuera de la red a los mismos costos compartidos que normalmente paga dentro de la red. Se debe obtener autorización del plan antes de buscar atención. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si recibiese la atención de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre la aprobación para utilizar un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
    - El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporariamente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o no se puede acceder a él temporalmente. Los costos compartidos que le paga al plan para diálisis no pueden superar los costos compartidos en Medicare Original. Si está fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, sus costos compartidos no pueden superar los costos compartidos que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor dentro de la red habitual para diálisis no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor que está fuera de la red del plan, es posible que los costos compartidos para la diálisis sean superiores.

SECCIÓN 2 Utilice los proveedores de la red del plan para acceder a la atención médica

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

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

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

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

Cuando se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP para que brinde y supervise su atención médica básica. Es importante que mantenga una relación con su PCP. Su PCP prestará la mayoría de los servicios de atención de rutina y ayudará a coordinar el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro de nuestro Plan.

Para acceder a otros servicios médicos y procedimientos o consultar con un especialista, por lo general, necesita la aprobación del PCP (es decir, un "referido"). Si el PCP considera que usted necesita tratamiento especializado, le dará un referido (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 un referido (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 un referido antes de recibir los servicios de un especialista, es posible que deba pagar estos servicios usted mismo. En algunos casos, su PCP necesitará obtener una autorización previa del plan. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para saber cuáles son los servicios que requieren autorización previa.

¿Cómo elige a su PCP?

Puede seleccionar su PCP en el momento en el que se inscribe en el plan. Puede anotar la información del PCP en su solicitud de inscripción o puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para seleccionar a su PCP (los números de teléfono están impresos al dorso de este folleto). Puede seleccionar al PCP de su elección del *Directorio de proveedores y farmacias* del plan o puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros y pedir asistencia para encontrar un PCP. Si usted no elige un PCP en el momento de la inscripción, nosotros le asignaremos uno. Comenzará con su PCP el 1.º día del mes siguiente al mes durante el cual se hizo la solicitud. También puede cambiar su PCP en cualquier momento (como se explica más adelante en esta sección). Si prefiere un especialista en particular 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

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También, existe la posibilidad de que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y usted tendrá que elegir un nuevo PCP. Si cambia su PCP, pueden verse limitados los especialistas u hospitales específicos a los cuales ese PCP remite a sus pacientes.

Puede solicitar un cambio de PCP llamando a Servicios para Miembros de HealthSun (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto). El cambio entrará en vigencia el 1.º día del mes siguiente al mes durante el cual usted llamó y habló con el representante de Servicios para Miembros de HealthSun para solicitar un PCP nuevo. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si necesita cambiar de PCP. Si su PCP deja de formar parte de HealthSun Health Plans, se lo informaremos y lo ayudaremos a cambiar de PCP para que pueda seguir obteniendo servicios cubiertos.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin un referido de su PCP?

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

- Cuidado médico de rutina para mujeres, que incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se los realice con un proveedor de la red.
- Vacunas contra la influenza, vacunación contra la COVID-19, vacunación contra la hepatitis B y vacunación contra la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no sean servicios de emergencia, prestados cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente o cuando el inscrito está fuera del área de servicio. Por ejemplo, si necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben necesitarse de inmediato y ser médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporariamente fuera del área de servicio del plan. (En lo posible, llame a Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a coordinar sus servicios de diálisis de mantenimiento mientras está fuera).
- 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.
- Servicios de dermatología, para visitas al consultorio y procedimientos y pruebas menores, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red (se requerirá un referido después de las primeras cinco visitas al consultorio dentro de un periodo de 12 meses).
- 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, consejería 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 de la Parte B cubiertos por Medicare. Se aplican las normas de autorización previa.
- Radiografías y servicios radiológicos terapéuticos/de diagnóstico para pacientes ambulatorios, siempre y cuando los reciba de parte de un proveedor de la red. Se aplican las normas de autorización previa.

- Artículos de venta libre (OTC) aprobados por el plan. Para obtener más información, consulte el cuadro de beneficios médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4.
- Servicios de podología, siempre y cuando los reciba de parte de un proveedor de la red. Se aplican las normas de autorización previa.
- Dispositivos prostéticos y otros suministros médicos. Se aplican las normas de autorización previa.
- Servicios de la vista, como exámenes oftalmológicos de rutina y productos para la vista (anteojos y lentes de contacto). Para obtener más información, consulte el cuadro de beneficios médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4.
- Determinados servicios preventivos cubiertos por Medicare, siempre y cuando los reciba de parte de un proveedor de la red. Estos incluyen, entre otros, la prueba de detección del glaucoma, entrenamiento de autoadministración para la diabetes, enemas de bario, exámenes de tacto rectal y el electrocardiograma después de la visita de bienvenida. Para obtener más información, consulte el cuadro de beneficios médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4.
- Ciertos beneficios complementarios, siempre y cuando los reciba de parte de un proveedor 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. Aquí tiene algunos ejemplos:

- Oncólogos para pacientes con cáncer.
- Cardiólogos, para pacientes con afecciones cardíacas.
- Ortopedas, 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 un referido (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 un referido antes de recibir los servicios de un especialista, es posible que deba pagar estos servicios usted mismo.

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

Si hay algún especialista específico dentro de la red del plan que usted quiere ver, averigüe si su PCP refiere a sus pacientes a este especialista. Por lo general puede cambiar 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 tiene un referido o considera que necesita usar un proveedor que no está en nuestro plan, debe llamarnos para obtener nuestra aprobación antes de recibir la atención.

Se puede necesitar autorización previa para ciertos servicios (consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa). Se puede obtener autorización del plan. Usted o su proveedor pueden preguntarle al plan antes de que se proporcione un servicio si el plan lo cubrirá. Usted o su proveedor pueden solicitar esta determinación por escrito. Este proceso se llama determinación anticipada. Si le informamos que no cubriremos los servicios, usted o su proveedor tienen derecho a apelar nuestra decisión de denegación de cobertura de su atención. En el Capítulo 9 (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]), encontrará más información sobre qué debe hacer si quiere que tomemos una decisión de cobertura o desea apelar una decisión que ya hemos tomado.

Si no tiene una determinación anticipada, también puede obtener la autorización de un proveedor de la red que refiera a un inscrito a un especialista fuera de la red del plan para recibir un servicio; siempre y cuando el servicio no esté explícitamente excluido de la cobertura del plan como se explica en el Capítulo 4.

¿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. Si su médico o especialista abandona su plan, tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores podría sufrir cambios durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo posible por enviarle un aviso con al menos 30 días de antelación para informarle que su proveedor dejará nuestro plan, de modo que tenga tiempo de elegir uno nuevo.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está bajo un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa dicho tratamiento médicamente necesario, y nosotros procuraremos garantizar que así sea.
- Si nuestra red no tiene un especialista calificado que brinde un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio en los costos compartidos dentro de la red. Se necesita autorización previa.
- Si se entera de que el médico o especialista que lo atiende dejará el plan, contáctenos para que podamos ayudarlo a encontrar otro proveedor que maneje su atención.
- 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 queja de calidad del cuidado médico a la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO), un reclamo de calidad de la atención al plan, o ambos. Consulte el Capítulo 9.

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 recibir servicios cuando tiene una emergencia o 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 sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y si está embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora 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 un referido del PCP. No hace falta que el médico sea de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos y sus territorios o en todo el mundo, y de cualquier proveedor que tenga una certificación apropiada del estado aunque no sean parte de nuestra red.
- **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 está en el dorso de la tarjeta de membresía.

¿Qué se cubre ante una emergencia médica?

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. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

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. Sus médicos continuarán brindándole tratamiento hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes de atención adicional. 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:

- 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 recibir atención médica cuando necesita servicios de urgencia

¿Qué son los “servicios de urgencia”?

Un servicio de urgencia es una situación que no sea de emergencia que requiera atención médica inmediata pero, dadas las circunstancias, no es posible o razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir servicios de urgencia prestados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son: i) dolor de garganta durante el fin de semana o ii) una exacerbación imprevista de una condición conocida cuando está temporalmente fuera del área de servicio.

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 Servicios para Miembros (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

Nuestro plan cubre los servicios de emergencia y de atención de urgencia 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 condición 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 siguiente sitio web: www.HealthSun.com para obtener información sobre cómo acceder a servicios de atención médica durante una catástrofe.

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 surtir 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?

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

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

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

HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) cubre todos los servicios médicamente necesarios según se enumeran en el cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red que no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted también paga 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 gastos de bolsillo.

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. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

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

Si participa de un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original pagará la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos dice que está en un ensayo clínico calificado, entonces solo es responsable de los costos compartidos dentro de la red para los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costos compartidos de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los costos compartidos dentro de la red. Sin embargo, tendrá que proporcionar documentación para mostrarnos cuánto pagó. Cuando participa de un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de la atención (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* hace falta que nos lo informe ni que obtenga nuestra aprobación o la de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le brinden atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesita obtener nuestro permiso para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique por anticipado cuando elija participar en ensayos clínicos calificados de Medicare.

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

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, Medicare Original cubrirá los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del 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 ensayo clínico de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que surjan de la nueva atención.

Una vez que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre los costos compartidos en Medicare Original y sus costos compartidos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted paga el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio que pagaría si hubiese recibido los servicios de nuestro plan. Sin embargo, se le pide que presente documentación que muestre la cantidad de costos compartidos que pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

> *Este es un ejemplo de cómo funcionan los costos compartidos:* Supongamos que usted se realiza una prueba de laboratorio que cuesta $100, como parte del estudio de investigación. Su parte del costo por esta prueba es de $20 según Medicare Original, pero serían solo $10 según los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría $80 por la prueba y usted pagaría el copago de $20 requerido en virtud de Medicare Original. Luego tendría que avisarle a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y presentar documentación como una factura de proveedor al plan. El plan entonces le pagaría directamente $10. Por lo tanto, su pago neto es de $10, el mismo monto que pagaría conforme a los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe presentar documentación a su plan, como la factura de un proveedor.

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 o servicios prestados solo para recopilar datos, y no utilizados en su cuidado médico directo. Por ejemplo, Medicare no pagará tomografías computarizadas (CT) mensuales realizadas como parte de un estudio si, normalmente, su afección médica requiere solo una CT.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica al visitar el sitio web de Medicare para leer y 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 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 miembro, en su lugar proveeremos la cobertura de la atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud. Este beneficio se proporciona solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención de la salud no médicos).

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 "exceptuado" abarca el cuidado médico o el tratamiento médico que reciba que *no* sean voluntarios o que *sean obligatorios* según una ley federal, estatal o local.

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

- El centro médico que brinde atención debe estar certificado 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 condición médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados 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 hospitalización 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 intravenosa (IV), nebulizadores y camas hospitalarias solicitadas por un proveedor para su uso doméstico. El miembro siempre posee ciertos artículos, como prótesis. En esta sección, veremos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Medicare Original, la gente que alquila ciertos tipos de DME poseen el equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO), usted generalmente no adquirirá la propiedad de artículos DME alquilados sin importar cuántos copagos haya pagado por el artículo como miembro de nuestro plan, incluso si hizo hasta 12 pagos consecutivos por el artículo DME en virtud de Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo DME. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información. Según su artículo DME, se le puede haber dado la opción de ser propietario del equipo. El plan médico y su proveedor de DME se comunicarán con usted cuando esa opción esté disponible.

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

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 Medicare Original para poder ser propietario del artículo. Los pagos realizados mientras está inscrito en el plan no cuentan.

Ejemplo 1: hizo 12 o menos pagos consecutivos para el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que hizo en Medicare Original no cuentan. Tendrá que hacer 13 pagos a nuestro plan antes de ser propietario del artículo.

Ejemplo 2: hizo 12 o menos pagos consecutivos para el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Estuvo inscrito en nuestro plan pero no fue propietario mientras estaba en el plan. Luego regresa a Medicare Original. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para ser propietario del artículo una vez que vuelva a inscribirse en Medicare Original. Todos los pagos anteriores (a nuestro plan o a Medicare Original) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para los equipos de oxigenación, los suministros y el mantenimiento

¿Cuáles son sus beneficios de oxigenación?

Si reúne los requisitos para la cobertura de Medicare del equipo de oxigenación, HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) 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 HealthAdvantage Plus (HMO) o ya no necesita equipos de oxigenación por razones médicas, debe devolver el equipo.

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

Medicare Original requiere que un proveedor de equipos de oxigenación le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor le proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el equipo de oxigenación). Después de cinco años, puede elegir continuar con la misma compañía o usar los servicios de otra compañía. En este momento, el ciclo de cinco años comienza nuevamente, incluso si continúa con la misma compañía, lo cual requiere que pague los copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo abandona, el ciclo de cinco años comienza nuevamente.

CAPÍTULO 4:
Cuadro de beneficios médicos (lo que tiene cobertura y lo que usted paga)

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

Este capítulo ofrece un Cuadro de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y le muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO). Más adelante en este capítulo, encontrará información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos. También explica las restricciones de determinados servicios.

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

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

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

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para Medicaid o para el programa de Beneficiarios calificados de Medicare (QMB) no deben pagar deducibles, copagos ni coseguro. Asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde.

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

Dado que usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, hay un límite en el monto total de gastos de bolsillo que debe pagar todos los años por servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por nuestro plan. Este límite es el monto máximo de bolsillo (MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2023, este monto es de **$3,450**.

Los montos que usted paga por copagos y coseguros por servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para el cálculo de este monto máximo de bolsillo. Los montos que usted paga 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 dentro de la red de la Parte A y de la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B (a menos que Medicaid o un tercero la pague por usted).

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

Como miembro de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO), una protección importante para usted es que solo deberá pagar su parte de los costos compartidos cuando reciba los servicios que cubre el plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales por separado, llamados "facturación del saldo". Esta protección 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 sus costos compartidos son 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 un referido o para emergencias o servicios de urgencia).
    - 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 un referido o para emergencias o servicios de urgencia).
- Si cree que un proveedor le envió una factura por los servicios prestados, llame a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 2 Utilice el *Cuadro de Beneficios Médicos* para saber qué servicios están cubiertos y cuánto pagará

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

En el Cuadro de beneficios médicos que aparece en las siguientes páginas, se indican los servicios que cubre HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) y el dinero que debe pagar de su bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios que figuran en el Cuadro de beneficios médicos tienen cobertura solo si cumplen con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben brindarse según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.

- Los servicios (incluidos el cuidado médico, los servicios, suministros, equipos y medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o 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, a menos que sea atención de urgencia o de emergencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya otorgado un referido. Esto significa que deberá pagarle al proveedor el costo total de los servicios prestados.
- Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP), quien proporciona y supervisa su atención. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe darle una aprobación por adelantado antes de que usted pueda ver a otros proveedores de la red del plan. Esto se llama darle un "referido".
- Algunos de los servicios mencionados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos *únicamente* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por anticipado (a veces denominada "autorización previa"). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por anticipado están marcados en el Cuadro de beneficios médicos por una nota al pie de página en negrita *y* cursiva.

Otras cuestiones importantes que debe saber sobre su cobertura:

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que Medicare Original cubra. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Para otros, usted paga *menos.* (Si desea saber más acerca de la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare y Usted 2023*. Véalo en línea en www.medicare.gov o pida una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Con respecto a todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo en virtud de Medicare Original, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también se lo trata o monitorea para una condición médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para la condición médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para nuevos servicios durante 2023, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.

Información importante sobre los beneficios para los inscritos con afecciones crónicas

- Si se le diagnostica alguna o varias de las condiciones crónicas* identificadas a continuación y cumple con determinados criterios, es posible que sea elegible para recibir beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos.

- Dependencia crónica del alcohol y otros medicamentos
- Trastornos autoinmunitarios limitados a los siguientes:
  - Poliarteritis nodosa
  - Polimialgia reumática
  - Polimiositis
  - Artritis reumatoide
  - Lupus eritematoso sistémico
  - Esclerodermia
- Cáncer, excepto las afecciones previas al cáncer o un carcinoma localizado
- Trastornos cardiovasculares limitados a los siguientes:
  - Arritmias cardíacas
  - Enfermedad de las arterias coronarias
  - Enfermedad vascular periférica
  - Trastorno tromboembólico venoso crónico
- Enfermedad cardíaca isquémica
- Hipertensión
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Demencia
  - Enfermedad de Alzheimer
- Diabetes mellitus
  - Prediabetes (Glucemia en ayunas: 100-125 mg/dl o HgbA1c: 5.7-6.4%)
- Enfermedad hepática en etapa terminal
- Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) que requiere diálisis
- Trastornos hematológicos graves limitados a:
  - Anemia aplásica
  - Hemofilia
  - Púrpura trombocitopénica inmune
  - Síndrome mielodisplásico
  - Enfermedad de células falciformes (excepto el rasgo de células falciformes)
- VIH/SIDA
- Trastornos pulmonares crónicos limitados a:
  - Asma
  - Bronquitis crónica
  - Enfisema
  - Fibrosis pulmonar
  - Hipertensión pulmonar
  - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
  - Fibrosis quística
- Afecciones de salud mental crónicas y discapacitantes limitadas a las siguientes:
  - Trastorno bipolar
  - Trastornos depresivos mayores
  - Trastorno paranoico
  - Esquizofrenia
  - Trastorno esquizoafectivo
- Trastornos neurológicos limitados a:
  - Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)
  - Epilepsia
  - Parálisis extendida (es decir, hemiplejia, cuadriplejia, paraplejia, monoplejia)
  - Enfermedad de Huntington
  - Esclerosis múltiple

        - Enfermedad de Parkinson
        - Polineuropatía
        - Estenosis espinal
        - Déficit neurológico relacionado con accidente cerebrovascular
    - Accidente cerebrovascular
    - Parálisis cerebral
    - Lesión cerebral traumática
    - Obesidad
    - Enfermedad de Crohn
    - Espondilitis anquilosante
    - Osteoartritis
    - Osteoporosis
    - Dolor de espalda crónico
    - Ceguera

*La lista anterior de condiciones crónicas fue proporcionada por los CMS.

- Los miembros 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.
- Se revisará su solicitud de estos beneficios para confirmar su elegibilidad y que cumple con los criterios. Si es elegible, se aprobarán los beneficios y se le darán instrucciones sobre cómo recibirlos.

- Consulte la fila “Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos” en el siguiente Cuadro de beneficios médicos para obtener más detalles.
- Comuníquese con nosotros para consultar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.

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

Cuadro de beneficios médicos

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una prueba de detección única con ecografía para personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe un referido para esta por parte de su médico, el asistente médico, un enfermero especializado o un enfermero clínico especializado. ***Es posible que se requiera autorización previa y*** un referido**.**	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Se cubren hasta 12 consultas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en virtud de las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico debe tener las siguientes características: • 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 asociado con una cirugía; y • no estar relacionado con un embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento se debe interrumpir si el paciente no mejora o empeora. Requisitos para los proveedores: Los médicos (según se define en 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los auxiliares médicos (PA), enfermeros especializados (NP)/enfermeros clínicos especializados (CNS) (según se identifican en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (p. ej., Puerto Rico) de los Estados Unidos o en el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo un nivel adecuado de supervisión de un médico, un PA o un NP/CNS, conforme a nuestras reglamentaciones en el 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.	**Copago de $0** por cada tratamiento.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Acupuntura para dolor lumbar crónico (continuación) **También cubrimos lo siguiente:** • Hasta 12 visitas cada año para el tratamiento de acupuntura. Un acupunturista o médico/profesional certificado por el estado con autorización para practicar acupuntura debe proporcionar la terapia de acupuntura. ***Es posible que se requiera autorización previa y* un referido.**	
Medicina alternativa: masaje terapéutico Cubrimos hasta 24 visitas para masaje terapéutico por año. *Un médico o profesional médico debe ordenar los servicios.* ***Es posible que se requiera autorización previa y* un referido.**	**Copago de $0** por servicios de masaje terapéutico aprobados por el plan.
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 un referido de su médico. No hay límite en las partes del cuerpo en que el tratamiento se utilizaría. Sin embargo, como máximo, el tratamiento se aplicará a cualquier parte del cuerpo por hasta tres meses consecutivos y hasta dos veces por año. *Antes de iniciar el tratamiento, debe haber un diagnóstico relacionado con un examen físico y se debe obtener confirmación a través de estudios de diagnóstico por imágenes, como una radiografía, ecografía, resonancia magnética (IRM) o tomografía computarizada (TC), así como otras recomendaciones previas al tratamiento.* ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	**Copago de $0** por cada tratamiento.
Servicios de ambulancia • 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, si son prestados a un miembro cuya condición médica es tal que cualquier otro tipo de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si están autorizados por el plan. • Corresponde el transporte en ambulancia que no sea de emergencia si está documentado que la condición del miembro es tal que otro tipo de transporte podría poner en riesgo la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es necesario por motivos médicos. ***Se requiere autorización previa para los servicios de ambulancia que no sean de emergencia, y para un traslado de una institución a otra o para la vuelta al hogar desde un centro después del alta de un alta hospitalaria.***	**$250 de copago** para transporte de emergencia terrestre cubierto por Medicare y servicios de ambulancia aérea, y para transporte que no sea de emergencia. No se aplicara el copago si lo admiten en un hospital, lo trasladan de una institución a otra o si el plan autoriza un transporte para regresar al hogar desde un centro después del alta hospitalaria.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Visita anual de bienestar Si usted ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede obtener una visita anual de bienestar para elaborar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en sus factores actuales de salud y riesgo. Este beneficio se cubre una vez cada 12 meses. **Nota:** Su primera consulta anual de bienestar no puede tener lugar dentro de los 12 meses de su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, usted no necesita haber realizado la consulta "Bienvenido a Medicare" para tener cubiertas las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses. ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	No se requiere coseguro, copago ni deducible por la visita anual de bienestar.
Examen de densitometría ósea Para las personas calificadas (en general, quienes corren riesgo de perder masa ósea o de tener osteoporosis), los siguientes servicios se cubren cada 24 meses, o con más frecuencia si fueran médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación del médico de los resultados. ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	No se requiere coseguros, copagos ni deducibles por el examen de densitometría ósea cubierto por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de mamas (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Una mamografía inicial para las mujeres de entre 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de más de 40 años • Exámenes clínicos de las mamas una vez cada 24 meses ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	No se requiere coseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca El plan cubre programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y consejería para los miembros 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. ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	**Copago de $5** por visita para servicios de rehabilitación cardíaca y servicio de rehabilitación cardíaca intensivos cubiertos por Medicare.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Visita para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de tener una enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico podrá hablarle sobre el uso de aspirinas (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo de forma saludable. ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	No se requiere coseguro, copago ni deducible por el beneficio para la prevención de enfermedades cardiovasculares de terapia intensiva conductual.
Pruebas para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anormalidades asociadas con un riesgo elevado de desarrollar enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses). ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	No se requiere coseguro, copago ni deducible por las pruebas para detectar enfermedades cardiovasculares que están cubiertas una vez cada 5 años.
Prueba de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si usted tiene un riesgo alto de tener cáncer vaginal o de cuello uterino, o si está en edad fértil y su prueba de Papanicolaou ha arrojado resultados anormales en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	No se requiere coseguro, copago ni deducible por las pruebas de Papanicolaou ni por los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicio de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones. • Hasta 12 consultas por año para servicios quiroprácticos de rutina.	**Copago de $0** por los servicios cubiertos por Medicare. **Copago de $0** por consultas de rutina.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer colorrectal Cubrimos los siguientes servicios para personas mayores de 50 años: • Sigmoidoscopia flexible (o prueba de detección de enema opaco como alternativa) cada 48 meses Uno de los siguientes cada 12 meses: • Prueba de sangre oculta en heces basada en guayacol (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (PIF) Prueba de detección colorrectal basada en ADN cada 3 años Para personas que tienen un riesgo alto de padecer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección (o prueba de detección de enema opaco como alternativa) cada 24 meses Para personas que no tienen un riesgo alto de padecer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de realizada una sigmoidoscopia de detección ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	No se requiere coseguro, copago ni deducible por una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como la limpieza, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Cubrimos lo siguiente: **hasta $2,000 por año** para los servicios dentales preventivos e integrales que se indican a continuación. **Servicios dentales preventivos** • Dos exámenes orales cada año • Dos profilaxis (limpiezas) cada año • Dos tratamientos de flúor cada año • Una serie de radiografías dentales de aleta de mordida dos veces cada año • Una serie completa de radiografías de boca completa (panorámica) cada tres años **Servicios dentales integrales** • Hasta dos coronas cada año (prostodoncia) • Hasta dos tratamientos de conducto cada año (endodoncia) • Hasta cuatro empastes cada año (cuatro dientes) • Hasta cuatro extracciones cada año (simples) • Un raspado y alisado radicular cada cuadrante cada año (periodoncia) • Un desbridamiento de boca completa cada 24 meses consecutivos (periodoncia) • Una dentadura postiza parcial cada tres años (prostodoncia) • Una prótesis superior completa (dentadura postiza) cada tres años (prostodoncia) • Una prótesis inferior completa (dentadura postiza) cada tres años (prostodoncia) • Otro tipo de cirugía oral/maxilofacial y servicios dentales cuando se considera médicamente necesario	**Copago de $0** por servicios dentales preventivos e integrales.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios dentales integrales (continuación) ***Es posible que se requiera autorización previa para los servicios dentales integrales.***	
Prueba de detección de depresión 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 referidos. ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	No se requiere coseguro, copago ni deducible para realizar una consulta anual para una prueba de detección de depresión.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluidas las pruebas de glucemia en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de nivel alto de azúcar en sangre (glucosa). Es posible que estas pruebas también estén cubiertas si usted cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para que le realicen hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses. ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	No se requiere coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Entrenamiento de autoadministración para la diabetes, servicios y suministros para la diabetes Para todas las personas que tienen diabetes (sean usuarios de insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • 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. Los glucómetros, las tiras reactivas de sangre y las lancetas se limitan a los siguientes fabricantes: Precision, TrueMatrix, TrueTest, Contour, Ascensia y Freestyle. ***Es posible que se requiera autorización previa.***	**Copago de $0** por entrenamiento de autoadministración para la diabetes cubierto por Medicare. **Copago de $0** por suministros cubiertos por Medicare para la diabetes para controlar la glucemia. **10% del costo** para zapatos y plantillas terapéuticos para diabéticos cubiertos por Medicare.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para conocer la definición de "equipo médico duradero [DME]", consulte el Capítulo 12 y la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento). 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 intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos de oxigenación, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Medicare Original. 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. **Freestyle Libre es la marca preferida de monitores continuos de glucosa (CGM).** • Los CGM se deben comprar en una farmacia minorista de la red. • No cubriremos CGM que se hayan comprado a través de un proveedor de DME. **Las marcas de ácido hialurónico que cubriremos son DUROLANE, EUFLEXXA, SUPARTZ y Gel-SYN-3**. Este plan cubre otras marcas de ácido hialurónico solo si el proveedor lo considera médicamente necesario. En general, HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) cubre todo tipo de DME cubierto por Medicare Original que pertenezca a las marcas y fabricantes de 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 HealthAdvantage Plus (HMO) y está utilizando una marca de DME que no figura en la lista, seguiremos cubriendo esta marca por 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 un referido para tener una segunda opinión). 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 *Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*). ***Es posible que se requiera autorización previa.***	**Copago de $0** para monitores continuos de glucosa (CGM) "Freestyle Libre" y sus suministros cubiertos por Medicare. **10% del costo** para ácidos hialurónicos aprobados por el plan. **10% del costo** para cualquier otro equipo médico duradero (DME) cubierto por Medicare. Los costos compartidos por la cobertura de Medicare para el equipo de oxigenación son **10% del costo**, por mes. Los costos compartidos no cambiarán después de haber estado inscrito durante 36 meses. Si antes de inscribirse en HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) usted pagó un alquiler de 36 meses por la cobertura de un equipo de oxigenación, el costo compartido en HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) será del **10% del costo**.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
***Atención de emergencia** La atención de emergencia hace referencia a servicios que son: • suministrados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de 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 (y si está embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeore rápidamente. 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. **También tenemos cobertura fuera de los EE. UU. y sus territorios:** • Atención de emergencia en todo el mundo • Atención de urgencia en todo el mundo • Transporte de emergencia en todo el mundo **$100,000** es el beneficio máximo que el plan cubre para servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo. Consulte *Servicios de ambulancia* y *servicios de urgencia* para conocer otra información importante sobre la cobertura y los costos compartidos.	**Copago de $120** por atención de emergencia cubierta por Medicare. **Copago de $120** por atención de emergencia/urgencia en todo el mundo y transporte de emergencia en todo el mundo. No se aplicara el copago para atención de emergencia si es admitido en el hospital como paciente internado dentro de las 24 horas. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su condición de emergencia se estabilice, debe volver a un hospital de la red para recibir atención a fin de seguir teniendo cobertura *O* debe obtener la autorización del plan para recibir atención para pacientes internados 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.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Beneficio de actividad física **Membresía en SilverSneakers** La membresía en SilverSneakers le brinda acceso a gimnasios contratados en toda su área. El Programa de Ejercicios es más que una membresía en un gimnasio y está diseñado específicamente para adultos mayores. SilverSneakers puede ayudarlo a tener una vida más saludable y activa con actividad física e interacción social. Tiene cubierto el beneficio de actividad física a través de SilverSneakers en sitios participantes. Tiene acceso a instructores que dan clases de ejercicios grupales que han sido diseñadas especialmente. Puede tomar clases y usar los equipos de ejercicio y demás instalaciones en sitios participantes en todo el país. SilverSneakers también lo conecta con una red de apoyo y recursos virtuales a través de SilverSneakers LIVE™, videos SilverSneakers On-Demand™ y la aplicación móvil SilverSneakers GO™. Lo único que necesita para empezar es su número de identificación personal de SilverSneakers. Visite SilverSneakers.com para obtener más información sobre su beneficio o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este.	**Copago de $0** por un beneficio de actividad física aprobado por el plan.
Programas de educación sobre salud y bienestar Proporcionamos los beneficios complementarios que se mencionan a continuación para todos los miembros inscritos en este plan. • Educación sobre la salud para los miembros para quienes se haya identificado una necesidad de educación sobre una enfermedad o afección específica a través de una evaluación de riesgo de salud o un referido de un médico o auto referido. • Sesiones sobre consejería nutricional/de dietas brindadas por personal con licencia o certificado para ayudarlo a manejar su afección o enfermedad. ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	**Copago de $0** por programas de educación sobre salud y bienestar.
Servicios de audición Las pruebas de diagnóstico de la audición y las evaluaciones de equilibrio 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. También cubrimos lo siguiente: • Un examen de audición de rutina cada año • Una colocación/evaluación de audífonos cada año • Hasta **$2,000** cada año por dos audífonos recetados ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	**Copago de $0** por los servicios cubiertos por Medicare. **Copago de $0** por examen de rutina. **Copago de $0** por colocación/evaluación. **Copago de $0** por audífonos.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección del VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que corren un mayor riesgo de contraer una infección por VIH, cubrimos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses Para las mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: • Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	No se requiere coseguro, copago ni deducible a los miembros que sean elegibles para la prueba de detección preventiva del VIH cubierta por Medicare.
Agencia de atención médica a domicilio Antes de recibir servicios de salud a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios de salud a domicilio y debe solicitar que los servicios sean provistos por una agencia de atención médica a domicilio. Usted debe estar confinado a su casa, lo que significa que salir le implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios a tiempo parcial o intermitentes de enfermería especializada o de un asistente de atención médica a domicilio (que se cubrirán como parte del beneficio de atención médica en el hogar; los servicios combinados de enfermería especializada y del asistente de atención médica a domicilio no deben superar las 8 horas por día y las 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	**Copago de $0** por los servicios cubiertos por Medicare.
Terapia de infusión en el hogar La terapia de infusión en el hogar consiste en la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a un individuo en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales o inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, la bomba) y los suministros (por ejemplo, los tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Los servicios profesionales, que incluyen servicios de enfermería, suministrados de acuerdo con el plan de atención • La capacitación y la educación para el paciente que no tiene 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 en el hogar y de los fármacos de infusión en el hogar suministrados por un proveedor de terapia de infusión en el hogar calificado ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	**Copago de $0** por los servicios cubiertos por Medicare. **Copago de $0** por los servicios profesionales de terapia de infusión en el hogar (HIT) que se brindan a través de un proveedor de HIT calificado en la casa del paciente.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención en un hospicio Usted es elegible para recibir el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado una prognosis terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene 6 meses o menos de vida si la enfermedad sigue su curso normal. Usted puede recibir cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que son propiedad de la organización de MA, que están bajo su control o en los que tiene un interés financiero. Su médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos para controlar los síntomas y aliviar el dolor • Atención de relevo a corto plazo • Cuidado médico en el hogar Si es admitido en un hospicio, usted tiene derecho a permanecer en su plan; si decide permanecer en su plan, deberá continuar pagando las primas. <u>Para servicios para enfermos terminales y para servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que están relacionados con su prognosis terminal</u>: Será Medicare Original (en lugar de nuestro plan) quien le pague a su proveedor de servicios para enfermos terminales por los servicios prestados, además de todos los servicios de la Parte A y B que estén relacionados con su prognosis terminal. Mientras usted esté en el programa de servicios para enfermos terminales, el proveedor le facturará a Medicare Original los servicios que paga Medicare Original. Se le facturarán los costos compartidos de Medicare Original. <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 usted necesita servicios 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 y sigue las normas del plan (como si existe un requisito para obtener una autorización previa). • Si recibe los servicios cubiertos de parte de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener estos servicios, solo deberá pagar los costos compartidos 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 cargo por servicio (Medicare Original). <u>En el caso de los servicios que cubre HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO), pero que no están cubiertos por Medicare Parte A ni Parte B</u>: HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan 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.	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su prognosis terminal son pagados por Medicare Original, y no por HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO). **Copago de $0** si obtiene una consulta sobre hospicios con un proveedor de atención primaria (PCP) antes de elegir el hospicio. **Copago de $0** si obtiene una consulta sobre hospicios con un especialista en un centro médico participante antes de elegir el hospicio. **Copago de $15** si obtiene una consulta sobre hospicios con un especialista en todas las demás ubicaciones antes de elegir el hospicio.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cuidado para enfermos terminales (continuación) Para medicamentos que puedan estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición terminal de hospicio, usted deberá pagar los costos compartidos. Si efectivamente están relacionados con su condición terminal de hospicio, entonces usted deberá pagar los costos compartidos de Medicare Original. 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 *(¿Qué sucede si se encuentra en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare?*). **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. Nuestro plan cubre los servicios de consulta sobre hospicios (una única vez) para una persona que padece una enfermedad terminal y no ha elegido el beneficio de hospicio.	
Vacunas Algunos de los servicios que cubre Medicare Parte B son los siguientes: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la influenza, una vez cada temporada de influenza 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 También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D. ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	No se requiere coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.
Cuidado hospitalario para pacientes internados 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 previo a ser dado de alta es su último día como paciente internado. Cubrimos días adicionales ilimitados cuando es médicamente necesario. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si fuera médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios regulares de enfermería	**Copago de $150** por día por cuidado hospitalario para pacientes internados cubierto por Medicare del día 1 al 5. **Copago de $0** por cuidado hospitalario para pacientes internados cubierto por Medicare del día 6 al 90.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cuidado hospitalario para pacientes internados (continuación) • Costos de unidades de atención especial (como la unidad de cuidados intensivos o la unidad de atención coronaria) • 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 por abuso de sustancias para pacientes internados • 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/multivisceral. Si usted necesita un trasplante, haremos que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se encuentran fuera del modelo de atención de su comunidad, puede optar por usar los servicios locales siempre y cuando los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) 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, coordinaremos o pagaremos el costo de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante. • Sangre; incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y eritrocitos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. • Servicios de un médico **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. También puede encontrar más información en la hoja de información de Medicare "¿Es usted un paciente internado o un paciente ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare, pregunte". Esta hoja de información está disponible en Internet en https://es.medicare.gov/publications/11435-S-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas, los 7 días de la semana. ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	**Copago de $0** para días adicionales cuando resulte médicamente necesario. Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su condición de emergencia, deberá pagar los costos compartidos que pagaría en un hospital dentro de la red.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico 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 internados 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. • Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Estos son días "adicionales" que cubrimos. Si su hospitalización tiene una duración mayor a 90 días, puede usar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya agotado estos 60 días adicionales, su cobertura para pacientes internados en un hospital estará limitada a 90 días. ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	**Copago de $0** por cada estadía y servicios cubiertos por Medicare. Nuestro plan cubre 90 días por cada periodo de beneficios. 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.
Hospitalización: servicios cubiertos prestados en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios como paciente internado de cuidado de salud mental o SNF, o si la hospitalización no se considera razonable y necesaria, no cubriremos esta hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que usted reciba mientras esté internado en el hospital o el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de un 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 estos dispositivos • Férulas de pierna, de brazo, de espalda y 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 ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	Su parte de los costos compartidos para los servicios cubiertos durante una hospitalización no cubierta se describen en este cuadro.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Comidas: después del alta Los miembros son elegibles para recibir tres comidas nutritivas congeladas precocinadas por día sin ningún costo durante dos semanas (con un máximo de 42 comidas) después de una hospitalización o inmediatamente después de una cirugía. Este beneficio de comidas se ofrece por un máximo de dos veces al año. Los miembros deben llamar al plan al 1-877-336-2069 para poder acceder al beneficio de comidas.	**Copago de $0** por comidas aprobadas por el plan.
Terapia nutricional médica Este beneficio está destinado a las personas con diabetes, con enfermedad renal (pero que no están realizándose diálisis) o que se realizaron un trasplante de riñón, con un referido del médico. Cubrimos 3 horas de servicios de consejería personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia nutricional médica en Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original), y 2 horas cada año después de eso. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, podrá recibir más horas de tratamiento con un referido de un médico. Un médico debe indicarle estos servicios y renovar su referido cada año si debe seguir este tratamiento el próximo año calendario. ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	No se requiere coseguro, copago ni deducible a los miembros que sean elegibles para los servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare.
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. ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos que normalmente no son auto administrados 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 puede auto administrarse mediante una inyección si tiene hemofilia	**El costo compartido se basa en la ubicación donde el servicio médico es recibido.** **Copago de $0** por medicamentos recetados de Medicare Parte B/medicamentos para quimioterapia **administrados en un**

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación) • Medicamentos inmunosupresores, si usted se inscribió en Medicare Parte A en el momento del trasplante de órgano • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si está confinado a su casa, tiene una fractura de hueso que un médico haya certificado como asociada a la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento • Antígenos • Determinados medicamentos antineoplásicos orales y para las náuseas • Determinados medicamentos para la diálisis en su casa, como heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario), anestésicos tópicos y agentes estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en su casa de enfermedades de inmunodeficiencia primaria • Las categorías de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetas a una terapia escalonada incluyen las siguientes: Factor estimulante de colonias (CSF) de acción rápida, inmunoglobulina (IG), antagonistas del factor del crecimiento endotelial vascular selectivo (VEGF), factor estimulante de colonias (CSF) de acción prolongada, agentes inyectables para la anemia ferropénica. Desde el siguiente enlace, podrá consultar una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: http://www.healthsun.com/es/plans-coverage/prescription-drug-benefits También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D. 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. ***Es posible que se requiera autorización previa.***	**centro médico participante.** **20% del costo** para medicamentos recetados de Medicare Parte B/medicamentos para quimioterapia **administrados en un consultorio médico, en una farmacia o servicios ambulatorio en un hospital.** Hay algunos medicamentos de Medicare Parte B 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 su médico le puede haber recetado inicialmente. Comuníquese con el plan para obtener más información.
Línea directa de enfermería (tecnologías de acceso remoto) Los miembros tienen acceso a una línea de enfermería gratuita para hablar directamente con un enfermero registrado que ayudará a responder preguntas relacionadas a la salud. Llame a Servicios para Miembros al 1-877-336-2069.	**Copago de $0** por el servicio de línea directa de enfermería.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de obesidad y terapia para favorecer la pérdida sustentable de peso Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos consejería intensiva para ayudarlo a perder peso. Esta consejería está cubierta si la 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. ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	No se requiere coseguro, copago ni deducible por la prueba de obesidad y terapia preventiva.
Servicios del programa de tratamiento por uso de opioides Los miembros 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: • 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 • Consejería sobre el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Prueba de toxicología • Actividades de consumo • Evaluaciones periódicas ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	**Copago de $0** por los servicios cubiertos por Medicare.
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías • Radioterapia (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros técnicos (servicios de radiología terapéutica) • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Análisis de laboratorio • Sangre; incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y eritrocitos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. • 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)	**El costo compartido se basa en la ubicación donde los servicios médicos es recibido.** **Copago de $0** por radiografías cubiertas por Medicare en un consultorio de un médico participante o en un centro ambulatorio o de diagnóstico independiente. **Copago de $200** por radiografías cubiertas por Medicare en un hospital como servicio ambulatorio.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos ambulatorios (continuación)	**Copago de $0** por servicios radiológicos de diagnóstico en un consultorio de un médico participante o en un centro ambulatorio o de diagnóstico independiente. **Copago de $200** por servicios radiológicos de diagnóstico en un hospital como servicio ambulatorio. **Copago de $0** por servicios radiológicos terapéuticos en un consultorio de un médico participante o en un centro ambulatorio o de diagnóstico independiente. **Copago de $60** por servicios radiológicos terapéuticos en un hospital como servicio ambulatorio. **10% del costo** para suministros quirúrgicos, férulas, yesos y otros dispositivos. **Copago de $0** por análisis de laboratorio y servicios de sangre. **Copago de $0** por pruebas de diagnóstico ambulatorias en un consultorio de un médico participante o en un centro ambulatorio o de

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos ambulatorios (continuación) ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido. Consulte la Sección 2.2 del Capítulo 3 para conocer los servicios que no requieren referidos.***	diagnóstico independiente. **Copago de $200** por pruebas de diagnóstico ambulatorias en un hospital como servicio ambulatorio.
Observación en hospital para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación en un hospital para pacientes ambulatorios estén cubiertos, estos deben cumplir con los criterios de Medicare y deben considerarse 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 en el hospital o solicitar pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una solicitud para admitirlo en el hospital como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y deberá pagar los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, puede ser considerado un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, consúltelo con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de información de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare, pregunte". Esta hoja de información se encuentra disponible en Internet, en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o por teléfono 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. ***Es posible que se requiera autorización previa.***	**Copago de $0** por los servicios de observación hospitalaria ambulatoria cubiertos por Medicare.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios 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: • 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 • Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no pueda autoadministrarse **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una solicitud para admitirlo en el hospital como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y deberá pagar los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, puede ser considerado un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, consúltelo con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de información de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare, pregunte". Esta hoja de información se encuentra disponible en Internet, en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o por teléfono 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.	**Copago de $200** por cirugía para pacientes ambulatorios en un hospital. **Copago de $0** por servicios de observación para pacientes ambulatorios en un hospital. **Copago de $120** por la consulta a la sala de emergencia en un hospital. (No se aplicara el copago si es admitido como paciente internado). **Copago de $0** por pruebas de laboratorio en un hospital. **Copago de $200** por pruebas de diagnóstico en un hospital. **Copago de $0** por cuidado de salud mental para paciente ambulatorio, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial. **Copago de $200** por radiografías y servicios radiológicos de diagnóstico en un hospital. **Copago de $60** por servicios radiológicos terapéuticos en un hospital. **10% del costo** para suministros quirúrgicos, férulas,

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios ambulatorios (continuación) ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	yesos y otros dispositivos. **20% del costo** para medicamentos de Medicare Parte B/medicamentos para quimioterapia. **Copago de $200** para todos los demás servicios hospitalarios ambulatorios cubiertos por Medicare.
Cuidado de salud mental ambulatorio Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Los servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero clínico especialista, enfermero profesional, médico auxiliar u otro profesional de la atención de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes vigentes en el estado. ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	**Copago de $0** por sesiones grupales e individuales cubiertas por Medicare.
Servicios de rehabilitación ambulatorios Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación ambulatorios se prestan en varios entornos ambulatorios, como departamentos de atención ambulatoria de hospitales, el consultorio de un terapeuta independiente y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).	**El costo compartido se basa en la ubicación donde e el servicio médico se recibe.** **Copago de $0** por cada consulta de fisioterapia cubierta por Medicare que se realice en un centro médico participante. **Copago de $25** por cada consulta de fisioterapia cubierta por Medicare que se realice en el consultorio de un médico, en un centro de rehabilitación o en un hospital como servicio para pacientes ambulatorios.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de rehabilitación ambulatorios (continuación) ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	**Copago de $25** por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare. **Copago de $25** por cada consulta de terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare.
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. ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	**Copago de $0** por sesiones grupales e individuales cubiertas por Medicare.
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 internado. A menos que el proveedor escriba una solicitud para admitirlo en el hospital como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y deberá pagar los montos de los costos compartidos por la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa la noche en el hospital, puede ser considerado un "paciente ambulatorio". ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	**Copago de $75** por cirugía ambulatoria cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio. **Copago de $200** por cirugía ambulatoria cubierta por Medicare en un hospital.
Artículos de venta libre (OTC) Cubrimos hasta **$35 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 OTC conforme al plan, llámenos al 1-855-963-0400. TTY: 1-877-206-0500.	**Copago de $0** por los artículos OTC aprobados por el plan.
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. ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	**Copago de $0** por los servicios cubiertos por Medicare.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de médicos/profesionales, incluidas visitas al consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Atención médica necesaria por motivos médicos o servicios quirúrgicos prestados en el consultorio de un médico, en centros quirúrgicos ambulatorios certificados, en el departamento de atención ambulatoria de un hospital o en cualquier otra ubicación • Consulta, diagnóstico y tratamiento recibidos de un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP o especialista si su médico los solicita para determinar si usted necesita tratamiento médico • Determinados servicios de telesalud, incluidos los siguientes: Servicios de PCP; sesiones individuales de servicios especializados de salud mental y servicios psiquiátricos; y otros servicios profesionales de atención médica, como enfermeros especializados, enfermero clínico especializado y asistentes médicos. o Tiene la opción de obtener estos servicios mediante una consulta en persona o por telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios por telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca servicios a través de telesalud. • Algunos servicios de telesalud, incluidas consultas, diagnóstico y tratamiento brindados por un médico o un profesional a pacientes en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal en etapa terminal para miembros 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 miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de dónde se encuentre el paciente. • Servicios de telesalud para miembros con trastorno por abuso de sustancias o con un trastorno de salud mental coexistente, independientemente de dónde se encuentre el paciente. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental en estos casos: o Usted asiste a una consulta presencial dentro de los seis meses previos a empezar las visitas de telesalud o Usted asiste a una consulta presencial cada 12 meses durante el tiempo que recibe servicios de telesalud o Se pueden hacer excepciones a los puntos anteriores en determinadas circunstancias • Servicios de telesalud para consultas de salud mental prestadas por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados federalmente	**Copago de $0** por servicios de PCP cubiertos por Medicare. **El costo compartido por servicios de especialistas médicos se basa en donde el servicio médico se recibe.** **Copago de $0** por servicios de especialistas médicos cubiertos por Medicare proporcionados en un centro médico participante. **Copago de $15** por servicios de especialistas médicos cubiertos por Medicare proporcionados en todas las demás ubicaciones. **Copago de $0** por otros servicios profesionales de atención médica cubiertos por Medicare.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de médicos/profesionales, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación) • Registros virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat por video) con su médico durante 5 a 10 minutos **si**: o no es un paciente nuevo, **y** o la consulta no se relaciona con una visita al consultorio en los últimos 7 días, **y** o la consulta no conduce a una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o la cita más cercana disponible. • Evaluación de video o imágenes que usted le envía a su médico y la interpretación y el seguimiento del médico en el plazo de 24 horas **si:** • Evaluación de video o imágenes que usted le envía a su médico y la interpretación y el seguimiento del médico en el plazo de 24 horas **si:** o no es un paciente nuevo, **y** o la evaluación no se relaciona con una visita al consultorio en los últimos 7 días, **y** o 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 • Cuidado dental que no sea de 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) ***Se requiere autorización previa y un referido para los servicios de médicos especialistas y otros profesionales médicos. Consulte la Sección 2.2 del Capítulo 3 para conocer los servicios que no requieren un referido.***	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • 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 miembros con determinadas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores • Una consulta cada tres meses para atención de rutina de los pies ***Es posible que se requiera autorización previa.***	**Copago de $0** por los servicios cubiertos por Medicare. **Copago de $0** por cada consulta de rutina cada tres meses.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres mayores de 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses: • Examen de tacto rectal • Prueba del antígeno prostático específico (PSA) ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	No se requiere coseguro, copago ni deducible por una prueba anual del PSA.
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, los siguientes: bolsas de 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 "Cuidado de visión" más adelante en esta sección para conocer más detalles. ***Es posible que se requiera autorización previa.***	**10% del costo** para dispositivos prostéticos y suministros médicos relacionados cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave y requieren un referido para recibir servicios de rehabilitación pulmonar del médico que trata esta enfermedad respiratoria crónica. ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	**Copago de $5** por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.
Evaluación y consejería 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 consejería breves cara a cara por año (si es competente y está alerta durante la consejería) a cargo de un médico de atención primaria u otro profesional calificado en un entorno de atención primaria. ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	No se requiere coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de chequeo y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol cubierto por Medicare.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que califiquen, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Los miembros elegibles son los siguientes**: personas de 50 a 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de fumar tabaco de al menos 20 paquetes por año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que han recibido una solicitud escrita para hacerse una LDCT durante la consejería de una prueba de detección del cáncer de pulmón y una consulta para la toma de decisiones compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas consultas, a cargo de un médico o un profesional no médico calificado. *Para realizarse pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección inicial con LDCT*: el miembro debe recibir una solicitud escrita para hacerse una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que podrá realizarse durante cualquier consulta adecuada con un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado elige proporcionar consejería sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y una consulta para la toma de decisiones compartida para pruebas posteriores de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para este tipo de consultas. ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	No se requiere coseguro, copago ni deducible por el asesoramiento y la consulta de toma de decisiones compartidas que cubre Medicare ni por la LDCT.
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones personales superintensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico. ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare..

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar a los miembros a mantener una buena salud renal y ayudarlos a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros 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 ambulatorios de diálisis (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra provisionalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3; o bien, cuando el proveedor del servicio no está temporalmente disponible o está inaccesible). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es admitido como paciente internado en un hospital para cuidado 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. • Determinados servicios de apoyo en el hogar (tales como, cuando sea necesario, consultas con trabajadores de diálisis capacitados para verificar su diálisis en la casa, para ayudarlo en emergencias y controlar su equipo de diálisis y suministro de agua). 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". ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido para los servicios de diálisis.***	**Copago de $0** por servicios de educación sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare. **Copago de $0** por servicios de diálisis cubiertos por Medicare.
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para conocer la definición de "atención en un centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12 de este documento. 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, los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si fuera médicamente necesario) • 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)	**Copago de $0** por servicios de atención en un SNF cubiertos por Medicare desde el día 1 al 20. **Copago de $60** por cada día de servicios de atención en un SNF cubiertos por Medicare desde el día 21 al 100.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Sangre; incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y eritrocitos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. • 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 En general, usted recibirá su atención en un SNF dentro de la red. Sin embargo, en determinadas circunstancias que se detallan a continuación, podrá pagar los costos compartidos dentro de la red para 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. • 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 ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	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.
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (consejería para dejar de fumar y consumir tabaco) Si usted consume tabaco, pero no presenta síntomas ni signos de enfermedades relacionadas con el tabaco: Cubrimos dos sesiones de consejería 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. 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: Cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de consumir tabaco. Cubrimos dos sesiones de consejería 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 consejería incluye hasta cuatro consultas cara a cara. ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	No se requiere coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI) Los beneficios que están a continuación son Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos y están disponibles para todos los miembros que cumplen con las normas de los CMS para beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos. Usted debe cumplir con los criterios en la Sección 2.1 de este capítulo para recibirlos. **Ofrecemos lo siguiente a los individuos calificados:** **Cuidado de la higiene personal** **Cubrimos hasta $40 por mes** para el mantenimiento de rutina del cuero cabelludo, el cabello, las manos y los pies. Los servicios cubiertos incluyen cuidado básico del cabello (lavado y corte) y tratamiento de las uñas. El pago de los servicios que se brinden fuera de los centros clínicos locales del Plan estará a cargo de los miembros, quienes podrán recibir un reembolso de el límite mensual si le envían al Plan un comprobante de cosmetólogos certificados junto con un formulario de reembolso. Los miembros son responsables de cubrir todos los costos que exceden el límite mensual.	**Copago de $0** para todos los beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos aprobados por el plan.
Terapia de actividad física supervisada (SET) La SET está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) y cuentan con un referido para la 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: • 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. 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 cuidados médicos lo considera médicamente necesario. ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido.***	**Copago de $5** por consulta de SET cubierta por Medicare.
Transporte para servicios relacionados con la salud Cubrimos una cantidad ilimitada de traslados por servicios relacionados con la salud hacia y desde ubicaciones aprobadas por el plan. Consulte el título *Ambulancia* en este cuadro para obtener información sobre el transporte en ambulancia que sea de emergencia y aquel que no lo sea. ***Es posible que se requiera autorización previa y un referido .***	**Copago de $0** por servicios de transporte aprobados por el plan.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
***Servicios de urgencia** Los servicios de urgencia se prestan para tratar enfermedades, lesiones o condiciones imprevistas para las que se requiere atención médica inmediata, pero que no constituyen una emergencia y que, en su circunstancia, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red son i) si usted necesita atención de inmediato durante el fin de semana o ii) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios deben necesitarse de inmediato y ser médicamente necesarios. Si dadas sus circunstancias no resulta razonable obtener de inmediato atención médica de parte de un proveedor de la red, entonces su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red. **También tenemos cobertura de servicios fuera de los EE. UU. y sus territorios:** • Atención de emergencia en todo el mundo • Atención de urgencia en todo el mundo • Transporte de emergencia en todo el mundo **$100,000** es el beneficio máximo que el plan curbre para servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo.	**Copago de $25** por servicios de urgencia cubiertos por Medicare. **Copago de $120** por cobertura de urgencia en todo el mundo. No se aplicara el copago para atención de servicios de urgencia si es admitido en el hospital como paciente internado dentro de las 24 horas.
Cuidado de visión Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios del médico prestados a un paciente ambulatorio para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento para la degeneración macular asociada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas que tengan riesgo alto de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección del glaucoma por año. Entre las personas que presentan riesgo de glaucoma se encuentran las siguientes: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años de edad a más e hispanoamericanos de 65 años de edad a más. • Para las personas con diabetes, cubriremos 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). **También cubrimos lo siguiente:** • Un examen de la vista de rutina cada año • **Hasta $200 por año para productos para la vista adicionales**: lentes de contacto, lentes de anteojos, marcos de anteojos o anteojos con marcos y lentes	**Copago de $0** por servicios de cuidado de visión cubiertos por Medicare. **Copago de $0** por prueba de detección del glaucoma cubierta por Medicare. **Copago de $0** por examen de la vista de rutina. **Copago de $0** por todos los productos para la vista.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Visita preventiva de Bienvenida a Medicare El plan cubre una única visita preventiva de Bienvenida a Medicare. Esta visita incluye una revisión de salud, así como educación y consejería sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluidas ciertas pruebas de detección e inyecciones) y referidos a otros tipos de atención en caso de que fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses que tenga Medicare Parte B. Cuando programe su cita, infórmele al personal del consultorio del médico que desea programar su consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare".	No se requiere coseguro, copago ni deducible por la visita preventiva de Bienvenida a Medicare ni por la consulta posterior para electrocardiograma cubierta por Medicare.

SECCIÓN 3. ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le indica qué servicios están "excluidos" de la cobertura de Medicare y, en consecuencia, no están cubiertos por este plan.

El cuadro que está a continuación detalla los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o están cubiertos bajo condiciones específicas.

Si usted recibe servicios que están excluidos (no están cubiertos), deberá pararlos usted mismo excepto en las condiciones específicas que se detallan a continuación. Incluso si usted recibe los servicios excluidos en un centro médico de emergencia, los servicios excluidos no estarán cubiertos y nuestro plan no pagará su prestación. La única excepción es si se apela la prestación del servicio y se decide: tras una apelación que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en casos específicos
Acupuntura		Disponible para personas con dolor lumbar crónico bajo determinadas circunstancias. El plan cubre acupuntura adicional. Se aplican limitaciones. Consulte *Acupuntura* en el cuadro de beneficios médicos de este capítulo.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en casos específicos
Cirugía o procedimientos cosméticos		• Con cobertura en el 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, como también para mamas no afectadas para lograr un aspecto simétrico.
Cuidado custodial o supervisado. El cuidado custodial o supervisado hace referencia al 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.	✓	
Medicamentos, equipos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales. Los artículos y procedimientos experimentales son aquellos que Medicare Original determina que no son aceptados generalmente por la comunidad médica.		Pueden estar cubiertos por Medicare Original 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).
Cargos que cobran sus familiares directos o personas que viven con usted por brindar atención.	✓	
Cuidado de enfermería de tiempo completo en su casa.	✓	
Comidas entregadas a domicilio.		Este plan cubre comidas entregadas a domicilio después de que el paciente internado recibe el alta. Es posible que se apliquen limitaciones. Consulte *Comidas: después del alta* en el cuadro de beneficios médicos de este capítulo.

Servicios no cubiertos por Medicare	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.	✓	
Servicios de naturopatía (tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Cuidado dental que no sea de rutina.		Es posible que el cuidado dental requerido para tratar enfermedades o lesiones esté cubierto como atención para paciente internado o ambulatorio. Este plan cubre beneficios dentales integrales. Es posible que se apliquen limitaciones. Consulte *Servicios dentales* en el cuadro de beneficios médicos de este capítulo.
Zapatos ortopédico o dispositivos de apoyo para los pies.		Zapatos que forma parte de un dispositivo ortopédico para las piernas y está incluido en el costo del dispositivo ortopédico. Zapatos ortopédico o terapéutico para personas 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.	✓	
Cuidados quiroprácticos de rutina.		Tiene cobertura la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones. Este plan cubre cuidados quiroprácticos de rutina adicionales. Es posible que se apliquen limitaciones. Consulte *Servicios de quiropráctica* en el cuadro de beneficios médicos de este capítulo.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en casos específicos
Cuidado dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.		Este plan cubre beneficios dentales preventivos para atención de rutina. Es posible que se apliquen limitaciones. Consulte *Servicios dentales* en el cuadro de beneficios médicos de este capítulo.
Exámenes oftalmológicos de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos para la visión deficiente.		El plan cubre examen oftalmológicos de rutina y artículos adicionales para la vista para que pueda comprar anteojos y lentes de contacto todos los años. Es posible que se apliquen limitaciones. Consulte *Cuidado de visión* en el cuadro de beneficios médicos de este capítulo.
Servicios que no se consideren razonables ni necesarios, conforme a los estándares de Medicare Original.	✓	

CAPÍTULO 5:

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

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo, **se explican las normas para usar su cobertura de medicamentos de la Parte D**. Consulte el Capítulo 4 para obtener información sobre los beneficios de medicamentos de Medicare Parte B y los beneficios de medicamentos si está en un hospicio.

Sección 1.1 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:

- Debe solicitarle a un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que receta) que le emita una receta válida según las leyes vigentes.
- El profesional que receta no debe figurar en las listas de Medicare de personas y entidades excluidas o prohibidas.
- En general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, *Cómo surtir 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 médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está autorizado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por cierta bibliografía de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

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

Sección 2.1 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 Farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.HealthSun.com) y/o llamar a Servicios para Miembros.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Algunas de nuestras farmacias de la red ofrecen costos compartidos preferidos, que pueden ser más bajos que los costos compartidos en una farmacia que ofrece costos compartidos estándar. El *Directorio de farmacias* le indicará cuál de las farmacias de la red ofrece costos compartidos preferidos. Contáctenos para obtener más información sobre cómo pueden variar los gastos de bolsillo para distintos medicamentos.

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

Si la farmacia que ha estado utilizando abandona la red del plan, deberá encontrar otra que esté dentro de la red. O bien, si la farmacia que ha estado utilizando se queda dentro de la red, pero ya no ofrece costos compartidos preferidos, es posible que quiera cambiarse a otra red o a otra farmacia preferida, si está disponible. Para encontrar otra farmacia en su área, puede recibir ayuda de Servicios para Miembros o usar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web www.HealthSun.com.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC). En general, un centro de LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Farmacias que 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 restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para determinados lugares o medicamentos que requieren una manipulación especial, la coordinación del proveedor o educación para su uso. (**Nota:** Estos casos son poco frecuentes).

Para localizar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de farmacias* o llame a Servicios para Miembros.

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

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios 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 mediante el servicio de pedido por correo del plan, están marcados con las letras "NM" en la lista de medicamentos.

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

Para obtener los formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame 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.

Los pedidos realizados en una farmacia de pedido por correo se suelen enviar en un plazo de no más de 14 días. Si por algún motivo se retrasa su pedido por correo de la receta, llame a nuestros servicios de farmacia con pedido por correo al 1-833-272-9776 (TTY 1-833-203-1735) disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana. Puede también llamar a Servicios para Miembros 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 surtirá automáticamente las nuevas recetas que reciba de los proveedores de atención médica y entregará los medicamentos sin consultarle primero a usted si:

- Ya usó los servicios de pedido por correo con este plan anteriormente, o
- Se inscribe para la entrega automática de todas las nuevas recetas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento llamando a nuestros servicios de farmacia con pedidos por correo al 1-833-272-9776 (TTY 1-833-203-1735) disponibles 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 usó anteriormente el servicio de pedido por correo y no quiere que la farmacia surta y envíe de manera automática cada receta nueva, 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 nuestros envíos de pedidos por correo y/o decide suspender el surtido automático de las nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de cuidado médico para averiguar si quiere que le surtan y envíen el medicamento de inmediato. Es importante que responda cada vez que se comuniquen con usted desde la farmacia para hacerles saber si deben enviar, retrasar o cancelar la nueva receta.

Para cancelar el envío automático de recetas nuevas que recibe directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, 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 las reposiciones de sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de reposición automática. De acuerdo con este programa, comenzaremos a procesar su próxima reposición automáticamente cuando nuestros registros indiquen que pronto se le acabará el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada reposición para asegurarse de que necesita más medicamento. También puede cancelar las reposiciones programadas si ya cuenta con la cantidad suficiente de medicamento o si su medicamento ha cambiado.

Si usted elige no usar nuestro programa de reposición automática, pero quiere que la farmacia de pedido por correo le envíe su medicamento, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se acabe su receta actual. De esta manera se garantizará que se le envíe el pedido a tiempo.

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.

Si recibe de forma automática y por correo una reposición que no quiere, puede ser elegible para recibir un reembolso.

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 para “tratamiento a largo plazo” que figuran en la lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos para tratamiento a largo plazo son aquellos que toma con regularidad para tratar una condición médica crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias minoristas de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos para tratamiento a largo plazo (para los que ofrecemos costos compartidos preferidos) a un monto de costos compartidos menor. Es posible que otras farmacias minoristas no acepten estos montos de costos compartidos menores. 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 para tratamiento a largo plazo. Para obtener más información, también puede llamar a Servicios para Miembros.
2. También puede recibir medicamentos para tratamiento a largo plazo a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

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 miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicios para Miembros** si hay una farmacia de la red cerca. Probablemente 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 de la red.

A continuación le detallamos las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos recetados surtidos 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).

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

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

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "lista de medicamentos" del plan

Sección 3.1 La "lista de medicamentos" incluye los medicamentos de la Parte D que están cubiertos

El plan tiene una "*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*". En esta *Evidencia de Cobertura*, **la denominamos "lista de medicamentos"** para abreviar.

El plan, con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos que figuran en esta lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y fue aprobada por Medicare.

Los medicamentos que se detallan en la lista de medicamentos son los únicos cubiertos por Medicare Parte D.

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

- Está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la condición para los que se receta el medicamento.
- – *o bien* – Está respaldado por ciertas autoridades, como la Información sobre medicamentos del Servicio Estadounidense de Formularios de Hospitales y el Sistema de información DRUGDEX.

La lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre comercial que es propiedad de su fabricante. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los que se basan en una proteína) se llaman productos biológicos. Cuando en la lista de medicamentos decimos "medicamentos", podemos referirnos tanto a un medicamento como a un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas llamadas biosimilares. En general, los genéricos y los biosimilares actúan de la misma manera que los medicamentos de marca o los productos biológicos y por lo general su costo es menor. Existen medicamentos genéricos sustitutos o alternativas biosimilares disponibles para muchos medicamentos de marca y algunos productos biológicos.

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 Miembros.

Nuestro plan ofrece beneficios de productos de venta libre (OTC) de la Parte C y la Parte D. Los productos OTC de la Parte C o la Parte D que ofrece el plan son sin costo para usted. Los productos de OTC de la Parte C y la Parte D son productos separados y diferentes. Mientras que los beneficios de productos OTC de la Parte C tienen un límite en su plan, no necesitara una receta. Los productos de OTC de la Parte D están disponibles con una receta para el medicamento en la farmacia.

Los productos OTC de la Parte C no se consideran hacia el máximo costo de bolsillo de la Parte C; y los medicamentos OTC de la Parte D no se consideran para los costos totales de la Parte D (es decir, el costo de los medicamentos OTC no se considera para el periodo sin cobertura).

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

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que los planes de Medicare cubran ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un determinado medicamento en la lista de medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no figura en la lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2 Hay seis "niveles de costos compartidos" 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 costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el nivel de costos compartidos, más alto será el costo del medicamento:

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

Cada medicamento se asigna a un "nivel" específico dentro del formulario. Por lo general, los medicamentos más económicos se encuentran en el nivel 1 (genérico preferido) y después en el nivel 2 (genérico). Los medicamentos del Nivel 5 (medicamentos especializados) son los menos económicos y tienen un costo compartido mayor. Los formularios por niveles ayudan a que los miembros sean conscientes del costo al elegir los medicamentos.

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

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

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

Tiene tres modos de hacerlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que haya recibido por correo o que le hayan enviado electrónicamente.

2. Visite el sitio web del plan (www.HealthSun.com). La lista de medicamentos que figura en el sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llame a Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento en particular está en la lista de medicamentos o para solicitar una copia de la lista.

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 ayudarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más eficaz. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la lista de medicamentos. Si un medicamento seguro de menor costo tendrá 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.

Tenga en cuenta que, en ocasiones, un medicamento podría aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto sucede porque los mismos medicamentos pueden diferir en la concentración, cantidad o forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg o 100 mg; uno por día o dos por día; tableta o líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

En las secciones que están a continuación, se explican los tipos de restricciones que usamos para determinados medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicios para Miembros para saber qué debe hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que eliminemos la restricción, deberá recurrir al proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar no aplicar la restricción en su caso o no. (Consulte el Capítulo 9).

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 en lugar del medicamento de marca.** 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 condición servirán para su tratamiento, entonces 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**". y se implementa para garantizar la seguridad del medicamento y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, el plan podría no cubrir su medicamento.

Probar otro medicamento antes

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 condición médica, el plan puede exigir que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le resulta eficaz, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar otro medicamento antes se denomina **"terapia escalonada"**.

Límites de cantidad

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

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.

Existen situaciones en la que usted está tomando un medicamento recetado, o en la que usted y su proveedor consideran que debería tomar un medicamento recetado que no está en nuestro formulario o que sí está en el formulario, pero tiene 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 o restricciones adicionales a la cobertura correspondiente, como se explica en la Sección 4.
- El medicamento tiene cobertura, pero se encuentra en un nivel de costos compartidos que hace que sus costos compartidos sean más elevados de lo que usted cree que deberían ser.
- Hay algunas cosas que puede hacer en caso de que un medicamento no tenga la cobertura que usted quisiera. 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 costos compartidos 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, a continuación tiene algunas opciones:

- Obtener un suministro temporal del medicamento.
- 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

Bajo determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué debe hacer.

Para ser elegible para recibir un suministro temporal, el medicamento que estuvo tomando **ya no debe estar en la lista de medicamentos del plan** O BIEN **debe tener actualmente algún tipo de restricción**.

- **Si usted es un nuevo miembro,** cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si usted tuvo este plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si 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 cuidado a largo plazo puede brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas por vez para evitar el desperdicio).
- **Para los miembros que hayan estado en el plan más de 90 días y que residan en un centro de cuidado a largo plazo y que necesiten un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro de emergencia para 34 días de un determinado medicamento, o menos si su receta indica menos días. Esto es complementario al suministro temporal anterior.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros.

Mientras reciba el suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le acabe el suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar de medicamento

Hable con su proveedor para saber si hay otro medicamento que esté cubierto por el plan y tenga la misma eficacia. Puede llamar al Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Su proveedor podrá usar esta lista para buscar un medicamento cubierto que le resulte eficaz.

2) Puede 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, el proveedor podrá ayudarlo a solicitar esta excepción. 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 la Sección 6.4 del Capítulo 9 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 costos compartidos que usted cree que es demasiado alto?

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

Puede cambiar de medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que usted considera demasiado alto, hable con su proveedor. Podría haber otro medicamento con la misma eficacia en un nivel de costos compartidos más bajo. Llame a Servicios para Miembros y solicite una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Su proveedor podrá usar esta lista para buscar un medicamento cubierto que le resulte eficaz.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan que haga una excepción respecto del nivel de costos compartidos 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, entonces podrá ayudarlo a solicitar esta excepción a la norma.

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

Los medicamentos en nuestro Nivel 5 (medicamentos especializados) no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el monto de los costos compartidos de los medicamentos que se encuentran en este nivel.

SECCIÓN 6. ¿Qué ocurre si se modifica la cobertura de uno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La lista de medicamentos puede modificarse durante el año

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

- **Agregar o quitar medicamentos de la lista de medicamentos.**
- **Cambiar un medicamento a un nivel de costos compartidos superior o inferior.**
- **Agregar o eliminar una restricción a la cobertura de un medicamento**.
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

Sección 6.2 ¿Qué ocurre si se modifica la cobertura de un medicamento que usted está tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la lista de medicamentos, publicamos la información sobre estos cambios en nuestro sitio web. También actualizamos la lista de medicamentos en línea de forma regular. A continuación, le indicamos cuándo recibirá un aviso directo en caso de que se produzcan cambios en un medicamento que esté tomando.

Cambios en su cobertura de medicamentos que lo afectan durante el año del plan actual

- **Un medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca en la lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costos compartidos 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 tenemos planes de sustituirlo por una versión genérica del mismo medicamento recientemente aprobada. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en uno inferior y tendrá las mismas restricciones o menos. Cuando se añada el nuevo medicamento genérico, podemos decidir conservar el medicamento de marca en nuestra lista de medicamentos, pero cambiarlo de inmediato a un nivel de costos compartidos más alto o añadir nuevas restricciones, o ambas opciones.

- Podemos no informarle con antelación sobre el cambio, incluso si actualmente toma el medicamento de marca en cuestión. Si está tomando el medicamento de marca en el momento que hacemos el cambio, le suministraremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado. Se le informará lo que puede hacer para solicitar una excepción con el objetivo de cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
- Usted o el profesional que receta pueden solicitar una excepción y que continuaremos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

- **Medicamentos peligrosos y otros medicamentos en la lista de medicamentos que se retiran del mercado**
  - En ocasiones es posible que se considere que un medicamento no es seguro o se lo retire del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos eliminar de inmediato el medicamento de la lista de medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos cuanto antes.
  - El profesional que receta también sabrá de este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para tratar su condición.
- **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 en la lista de medicamentos o podemos cambiar el nivel de costos compartidos o agregar nuevas restricciones para el medicamento de marca o ambas opciones. También podríamos realizar cambios basados en las advertencias de la FDA que figuran en el prospecto de los medicamentos o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Para estos cambios, debemos darle al menos 30 días de aviso anticipado del cambio o brindarle un aviso del cambio y una reposición para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
  - Después de que reciba el aviso del cambio, deberá consultar al profesional que receta para cambiar a otro medicamento que cubramos o cumplir con las nuevas restricciones del medicamento que está tomando.
  - Usted o el profesional que receta pueden solicitarnos una excepción y que continuaremos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios a la lista de medicamentos que no lo afectan durante este año del plan

Es posible que realicemos determinados cambios a la lista de medicamentos que no están descritos más arriba. En estos casos, el cambio no aplicará en su caso si usted está tomando el medicamento en el momento en que se realiza el cambio; sin embargo, es posible que estos cambios lo afecten a partir del 1.º de enero del año siguiente del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Si cambiamos su medicamento a un nivel de costos compartidos más alto.
- Aplicamos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Quitamos su medicamento de la lista de medicamentos.

Si alguno de estos cambios se aplica a un medicamento que está tomando (a excepción de un retiro del mercado, a que un medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca o a otro cambio descrito en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como su parte del costo hasta el 1.º de enero del siguiente año. Es probable que, hasta esa fecha, usted no vea ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional en su uso del medicamento.

No le informaremos directamente acerca de estos tipos de cambios durante el año del plan actual. Deberá controlar la lista de medicamentos del año siguiente del plan (cuando la lista esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hay cambios en los medicamentos que toma que pudieran afectarlo durante el año siguiente del plan.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Si usted recibe medicamentos que están excluidos, deberá pagarlos usted mismo (a excepción de determinados medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestra mejor cobertura de medicamentos). Si usted realiza una apelación y se determina que el medicamento solicitado no debe estar excluido bajo la Parte D, lo pagaremos o cubriremos. (Para obtener más información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

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

- La cobertura de medicamentos de la Parte D del plan no puede incluir ningún medicamento que estaría cubierto en la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se haya adquirido fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- En general, nuestro 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.

- La cobertura del "uso fuera de indicación" se permite solo cuando dicho uso está respaldado por ciertas autoridades, como la Información sobre medicamentos del Servicio Estadounidense de Formularios de Hospitales y el Sistema de información DRUGDEX.

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

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos que se usan para estimular la fertilidad
- Medicamentos que se usan para la mejoría de la tos o los síntomas del resfriado
- Medicamentos que se usan 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 que se usan para el tratamiento de disfunciones sexuales o eréctiles
- Medicamentos usados para el tratamiento de anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios, para los cuales el fabricante desee exigir la adquisición de pruebas o servicios de monitoreo asociados exclusivamente al fabricante como condición de venta

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta (mejor cobertura de medicamentos) que no suelen estar cubiertos por el plan de medicamentos con receta de Medicare. Algunos medicamentos que se usan para la mejoría de la tos y síntomas de resfriado, con ciertas restricciones de cantidad. Algunas vitaminas con receta, como ácido fólico y Vitamina D 50,000 UI, con ciertas restricciones de cantidad. Algunos medicamentos para la disfunción eréctil. Sildenafil (genérico de Viagra) o Tadalafil (genérico de Cialis). El monto que usted paga por estos medicamentos no se considera para que usted califique para la etapa de cobertura catastrófica. (La etapa de cobertura catastrófica está descrita en la Sección 7 del Capítulo 6 de este documento).

Además, si está **recibiendo Ayuda Extra ("Extra Help")** para pagar sus recetas, el programa Ayuda Extra ("Extra Help") no pagará los medicamentos que no se cubren normalmente. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, es posible que su programa de Medicaid estatal cubra algunos medicamentos recetados que generalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa de Medicaid estatal para determinar qué cobertura de medicamentos está disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Surtido de medicamentos recetados

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

Para que puedan surtir su receta, deberá proporcionarle a la farmacia de la red que elija su información de membresía del plan. Esta información se encuentra en la tarjeta de membresía. La farmacia de la red le facturará de forma automática al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo cuando busque el medicamento recetado.

Sección 8.2 ¿Qué ocurre si no tiene a mano su información de membresía?

Si no tiene a mano la información de membresía del plan al momento de surtir su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan y obtener la información necesaria.

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

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

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

Si lo admiten en un centro de enfermería especializada o en un hospital y la hospitalización está cubierta por el plan, en general, cubriremos el costo de los medicamentos recetados que le administren durante la hospitalización. Una vez que salga del centro de enfermería especializada o del hospital, el plan cubrirá los medicamentos recetados, siempre y cuando estos cumplan con todas nuestras normas de cobertura que se describen en este Capítulo.

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

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

Consulte su *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de LTC o la que el centro usa forman parte de nuestra red. De no ser así, o si usted necesita más información o asistencia, comuníquese con Servicios para Miembros. Si usted se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir habitualmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si usted vive en un centro de cuidado a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos o que tiene alguna restricción?

Consulte en la Sección 5.2 las posibilidades de tener un suministro de emergencia o temporal.

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

Si usted actualmente tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través del grupo de su empleador o para jubilados (o del de su cónyuge), comuníquese con **el administrador de 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 tiene cobertura grupal del empleador o para jubilados, la cobertura de medicamentos recetados que obtendrá de nosotros será *secundaria* a la cobertura grupal. 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".

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

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

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

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere determinados medicamentos (p. ej., antináuseas, laxantes o analgésicos o un medicamento para la ansiedad) que no están cubiertos por el hospicio porque no están relacionado con su enfermedad terminal o condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que receta o del proveedor del hospicio que indique que el medicamento no está relacionado para que nuestro plan pueda cubrirlo. A fin de evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale al proveedor del hospicio o profesional que receta que proporcionen una notificación antes de que se surta la receta.

En el caso de que usted revoque la elección del hospicio o que le den el alta, el plan deberá cubrir todos sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en una farmacia cuando finalice su beneficio de hospicio de Medicare, lleve la documentación de la revocación o del alta a la farmacia.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura

Realizamos revisiones del uso de medicamentos de nuestros miembros para asegurarnos de que reciban una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que surte 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 tomando otro medicamento para tratar la misma condición
- Medicamentos que podrían no ser seguros o adecuados debido a su edad o sexo
- Determinadas 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 miembros a utilizar sus medicamentos opioides con seguridad

Tenemos un programa que contribuye a garantizar que los miembros usen de forma segura opioides recetados y otros medicamentos que con frecuencia se usan en exceso. Este programa se conoce como Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si recibe medicamentos opioides de varios médicos o distintas farmacias, o tuvo recientemente una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que use debidamente estos medicamentos y que sean médicamente necesarios. Si decidimos, junto con sus médicos, que no es seguro el uso que usted hace de los medicamentos opioides o las benzodiazepinas que le recetan, podemos limitar cómo obtiene estos medicamentos. Si lo ingresamos en el DMP, algunas limitaciones pueden ser las siguientes:

- Exigirle que surta todas las recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas en ciertas farmacias.
- Exigirle que todas las recetas de los medicamentos opioides o benzodiazepinas provengan de un determinado médico.
- Limitar la cantidad de medicamentos con opioides o benzodiazepinas que le cubriremos.

Si tenemos pensado limitar cómo obtiene estos medicamentos o cuánto obtiene, le enviaremos una carta de forma anticipada. En esta carta se explicarán las limitaciones que consideramos que se deben aplicar en su caso. Usted tendrá la posibilidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y sobre otros datos que considere importantes y que debamos 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 o con la limitación, usted y el profesional que receta tienen el derecho de solicitar una apelación. Si apela, revisaremos su caso y emitiremos 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.

No será ingresado en nuestro DMP si tiene determinadas condiciones médicas, como dolor relacionado con un cáncer activo o anemia falciforme, si está recibiendo atención terminal, paliativa o de hospicio, o si vive en un centro de cuidados a largo plazo.

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

Tenemos un programa para ayudar a nuestros miembros con necesidades complejas de salud. Nuestro programa se llama programa de administración de la terapia con medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y no tiene cargo. Un equipo de farmacéuticos y médicos diseñó el programa para que podamos garantizar que nuestros miembros reciban el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen altos costos en medicamentos, o están en un DMP para poder usar sus opioides de forma segura, pueden obtener servicios a través de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud hará una evaluación completa de todos sus medicamentos. Durante la revisión, usted puede consultar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o duda que tenga acerca de sus medicamentos recetados y medicamentos de venta libre. Recibirá un resumen por escrito con una lista de recomendaciones que incluye los pasos a seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma, cuánto y cuándo los toma, y el motivo por el que los toma. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre cómo desechar de forma segura los medicamentos recetados que constituyen sustancias controladas.

Es recomendable hablar con el médico acerca de la lista de recomendaciones y la lista de medicamentos. Lleve el resumen a la consulta o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos u otros proveedores de atención médica. Además, debe llevar la lista de medicamentos actualizada y 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 retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con Servicios para Miembros.

CAPÍTULO 6:
Cuánto paga por los medicamentos recetados de la Parte D

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted está en un programa de ayuda para pagar los medicamentos, **es posible que parte de la información de esta *Evidencia de Cobertura* sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no le corresponda.** Le enviamos un encarte adicional denominado "Cláusula de Evidencia de Cobertura para personas que obtienen ayuda extra para pagar por 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 posee este encarte, llame a Servicios para Miembros y solicite la "cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos (LIS)".

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo y otra documentación que explique su cobertura de medicamentos

Este capítulo se centra en lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar, en este capítulo, utilizaremos la palabra "medicamentos" para referirnos a los medicamentos recetados de la Parte D. Tal como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D, algunos están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y otros están excluidos de la cobertura de Medicare por ley. Es posible que nuestro plan cubra algunos medicamentos excluidos si usted ha adquirido cobertura de medicamentos suplementaria.

Para entender la información de pago, debe saber lo básico sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué normas debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. En las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 se explican estas normas.

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

Existen diferentes tipos de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted debe pagar por un medicamento se denomina "costos compartidos", y hay tres maneras en las que se le puede solicitar el pago.

- El **"deducible"** es el monto que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- **"Copago"** es un monto fijo que usted paga cada vez que surte una receta.
- **"Coseguro"** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare los gastos de bolsillo

Medicare posee normas acerca de lo que se considera y *no* se considera gastos de bolsillo. Aquí encontrará las normas que debemos seguir para llevar un registro de sus gastos de bolsillo.

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

Sus gastos de bolsillo incluyen los pagos que figuran enumerados a continuación (siempre y cuando sean por medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya seguido las normas correspondientes a la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

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

Importa quién paga

- Si **usted** realiza los pagos, estos se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si los hacen **ciertas personas u organizaciones** en su nombre. Esto incluye los pagos de sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las instituciones benéficas, por programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA o por los Servicios de Salud Indígena. Los pagos realizados por el programa Ayuda Extra ("Extra Help") de Medicare también se incluyen.
- Se incluyen algunos pagos realizados por el Programa de Descuentos durante el Periodo sin Cobertura de Medicare. También se incluyen el monto que paga el fabricante por los medicamentos de marca. Sin embargo, no se incluye el monto que paga el plan por los medicamentos genéricos.

Paso a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya alcanzado un total de $7,400 de gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la etapa de periodo sin cobertura a la etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo

Los gastos de bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pago:

- Los medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplan con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B.
- Los pagos que usted realiza por medicamentos cubiertos conforme a nuestra cobertura adicional, pero que, normalmente, no están cubiertos conforme a un plan de medicamentos recetados de Medicare.

- Los pagos efectuados por medicamentos recetados que, normalmente, no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Los pagos por medicamentos de marca o genéricos que realice el plan durante el periodo sin cobertura.
- Los pagos por sus medicamentos que realicen los planes médicos grupales, incluidos los de los planes médicos de su empleador.
- Los pagos por sus medicamentos que realicen ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y el Departamento de Asuntos de Veteranos.
- Los pagos por sus medicamentos que realice una tercera parte que tenga la obligación legal de pagar los costos de las recetas (por ejemplo, la compensación para trabajadores).

Recordatorio: Si alguna organización, tales como las que se mencionan anteriormente, paga una parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por medicamentos, usted tiene la obligación de informarlo a nuestro plan llamando a Servicios para Miembros.

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

- **Lo ayudaremos.** El informe de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* que recibe incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance los $7400, el informe le dirá que ha abandonado la etapa de periodo sin cobertura y que ha pasado a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos**. En la Sección 3.2, se informa lo que usted puede hacer para que nuestros registros de lo que usted gastó estén completos y actualizados.

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

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de un medicamento para los miembros de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)?

Existen cuatro “etapas de pago de un medicamento” para la cobertura de medicamentos recetados de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO). El monto que usted paga depende de la etapa en que se encuentre en el momento de surtir o reponer una receta. Encontrará los detalles de cada etapa en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Estas son las etapas:

Etapa 1: Etapa de deducible anual

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

Etapa 3: Etapa de periodo sin cobertura

Etapa 4: Etapa de cobertura catastrófica

Mensaje importante sobre lo que usted paga por la insulina: No pagará más de $35 por un suministro para un mes de cada tipo de insulina cubierto por el plan, sin importar el nivel de costos compartidos al que pertenezca.

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

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual denominado "*Explicación de Beneficios de la Parte D*" ("EOB de la Parte D")

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

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

Si le han surtido una o más recetas mediante el plan durante el mes anterior, le enviaremos una *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). La EOB de la Parte D incluye lo siguiente:

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

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

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

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que obtenga un medicamento recetado.** Esto nos ayuda a mantenernos al tanto de las recetas que surte y de lo que está pagando.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos**. En algunas ocasiones, pagará el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a registrar sus gastos de bolsillo, bríndenos copias de sus recibos. A continuación, se presentan ejemplos de situaciones en las que debería brindarnos recibos de los 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.
    - Si se le factura un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague su parte del costo. Para conocer cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas hayan hecho por usted.** Los pagos hechos por algunas personas y organizaciones también cuentan para los gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP), los Servicios de Salud Indígena 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 enviárnoslos para que podamos llevar un registro de sus costos.
- **Verifique el informe escrito que le enviamos**. Cuando reciba la EOB de la Parte D, verifique que la información esté completa y sea correcta. Si piensa que falta algo o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

No hay deducible para HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO). Comienza en la etapa de cobertura inicial cuando surte la primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la etapa de cobertura inicial.

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

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

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

El plan tiene seis niveles de costos compartidos

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

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

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

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

Sus opciones en cuanto a farmacias

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

- Una farmacia minorista de la red que ofrece costos compartidos estándar. Los costos podrían ser menores en farmacias que ofrezcan costos compartidos preferidos.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece costos compartidos preferidos.
- Una farmacia que no está en la red del plan. Brindamos cobertura para recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en algunas circunstancias. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para saber en qué casos cubriremos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedido por correo del plan.

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

Sección 5.2 Esta tabla muestra sus costos para un suministro de un medicamento durante *un mes*

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

Como se muestra en la siguiente tabla, el monto del copago o del coseguro depende del nivel de costos compartidos.

A veces el costo del medicamento es menor que el copago. En estos casos, pagará el menor costo para el medicamento en vez del copago.

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

Nivel	**Costos compartidos minoristas estándar (dentro de la red)** (hasta un suministro para 30 días)	**Costos compartidos minoristas preferidos (dentro de la red)** (hasta un suministro para 30 días)	**Costos compartidos para pedidos por correo** (hasta un suministro para 30 días)	**Costos compartidos para cuidado a largo plazo (LTC)** (hasta un suministro para 34 días)	**Costos compartidos fuera de la red** (La cobertura se limita a determinadas situaciones; para obtener más información, consulte el Capítulo 5). (hasta un suministro para 30 días)
Nivel 1 de costos compartidos (Genérico preferido)	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
Nivel 2 de costos compartidos (Genérico)	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
Nivel 3 de costos compartidos (Medicamentos de marca preferida)	$47	$42	$42	$47	$47
Nivel 4 de costos compartidos (Medicamentos de marca no preferida)	$100	$95	$95	$100	$100
Nivel 5 de costos compartidos (Medicamentos especializados)	33%	33%	33%	33%	33%

Nivel	**Costos compartidos minoristas estándar (dentro de la red)** (hasta un suministro para 30 días)	**Costos compartidos minoristas preferidos (dentro de la red)** (hasta un suministro para 30 días)	**Costos compartidos para pedidos por correo** (hasta un suministro para 30 días)	**Costos compartidos para cuidado a largo plazo (LTC)** (hasta un suministro para 34 días)	**Costos compartidos fuera de la red** (La cobertura se limita a determinadas situaciones; para obtener más información, consulte el Capítulo 5). (hasta un suministro para 30 días)
Nivel 6 de costos compartidos (Medicamentos complementarios)	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**

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

Generalmente, el monto que debe pagar por un medicamento recetado cubre un suministro para un mes completo. Es posible que haya momentos en los que usted o su médico quieran solicitar un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba un medicamento por primera vez). También puede solicitar a su médico que recete, y a su farmacéutico que dispense, un suministro para menos de un mes completo de medicamentos si esto lo ayuda a planificar mejor la fecha de reposición de distintos medicamentos recetados.
Si recibe un suministro para menos de un mes completo de determinados medicamentos, usted no tendrá que pagar el mes completo.

- Si debe pagar el coseguro, pagará un porcentaje del costo total del medicamento. Como el coseguro está basado en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total para el medicamento será menor.
- Si es responsable del copago de un medicamento, solo pagará la cantidad de días que reciba del medicamento, en vez de todo el mes. Calcularemos el monto que usted paga por día por su medicamento (la "tasa diaria de costos compartidos") y la multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.

Sección 5.4 Esta tabla muestra sus costos para un suministro de un medicamento *a largo plazo* (hasta 90 días)

Usted puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado "suministro extendido") de algunos medicamentos. Un suministro a largo plazo es para un máximo de 90 días.
La tabla a continuación muestra lo que usted paga cuando obtiene un suministro de un medicamento a largo plazo.

- A veces el costo del medicamento es menor que el copago. En estos casos, pagará el menor costo para el medicamento en vez del copago.

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

Nivel	Costos compartidos minoristas estándar (dentro de la red) (hasta un suministro para 90 días)	Costos compartidos minoristas preferidos (dentro de la red) (hasta un suministro para 90 días)	Costos compartidos para pedidos por correo (hasta un suministro para 90 días)
Nivel 1 de costos compartidos (Genérico preferido)	$0	$0	$0
Nivel 2 de costos compartidos (Genérico)	$0	$0	$0
Nivel 3 de costos compartidos (Medicamentos de marca preferida)	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Nivel 3	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Nivel 3	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Nivel 3
Nivel 4 de costos compartidos (Medicamentos de marca no preferida)	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Nivel 4	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Nivel 4	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Nivel 4
Nivel 5 de costos compartidos (Medicamentos especializados)	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Nivel 5	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Nivel 5	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Nivel 5
Nivel 6 de costos compartidos (Medicamentos complementarios)	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Nivel 6	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Nivel 6	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Nivel 6

Sección 5.5 Usted permanecerá en la etapa de cobertura inicial hasta que el costo total de sus medicamentos durante el año alcance los $4,660

Usted permanecerá en la etapa de cobertura inicial hasta que el monto total por los medicamentos recetados que ha surtido alcance el **límite de $4,660 para la etapa de cobertura inicial**.

Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos recetados que, normalmente, no cubren los planes de medicamentos recetados de Medicare. Los pagos realizados por estos medicamentos no se considerarán para el límite de cobertura inicial.

La EOB de la Parte D que recibirá le ayudará a llevar un registro de lo que ha gastado usted, el plan, y cualquier tercero en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de **$4,660** en un año.

Le informaremos si usted alcanza este monto. Si usted llega a este monto, saldrá de la etapa de cobertura inicial y pasará a la etapa de periodo sin cobertura. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la etapa de periodo sin cobertura

Cuando se encuentre en la etapa de periodo sin cobertura, seguirá pagando $0 por sus medicamentos cubiertos del nivel 1 (genéricos preferidos), nivel 2 (genéricos) y nivel 6 (medicamentos complementarios) del plan. El Programa de Descuentos durante el Periodo sin Cobertura de Medicare brinda descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte del cargo del farmacéutico para todos los otros medicamentos de marca del nivel 3 (medicamentos de marca preferida), nivel 4 (medicamentos de marca no preferida) y nivel 5 (medicamentos especializados). El monto que paga y el monto que el fabricante descuente se contabilizan para sus gastos de bolsillo como si los hubiera pagado, y esto lo ayuda hasta que finalice el periodo sin cobertura.

Usted también recibirá un porcentaje de cobertura para medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Solo se contabiliza el monto que usted paga, y esto lo ayuda a lo largo del periodo sin cobertura.

Seguirá pagando estos costos hasta que sus pagos por gastos de bolsillo lleguen al monto máximo establecido por Medicare. Una vez que llegue al monto de $7,400, dejará de estar en la etapa de periodo sin cobertura y pasará a la etapa de cobertura catastrófica.

Medicare posee normas acerca de lo que se considera y *no* se considera gastos de bolsillo (Sección 1.3).

SECCIÓN 7 Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayoría del costo de sus medicamentos

Usted pasa a la etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo hayan alcanzado el límite de $7,400 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa por lo que resta del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayoría de los costos de sus medicamentos. Usted pagará:

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto, ya sea un coseguro o un copago, el monto *más alto*:
    - *– ya sea –* Un coseguro del 5% del costo del medicamento
    - *– o bien – o* $4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que sea tratado como tal y $10.35 por todos los demás medicamentos.

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

SECCIÓN 8 Información sobre beneficios adicionales

También ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados (mejor cobertura de medicamentos) que suelen no estar cubiertos en el plan de medicamentos recetados de Medicare. Algunos medicamentos utilizados para la mejoría de la tos y síntomas de resfriado, aplican ciertas restricciones. Algunas vitaminas con receta, como ácido fólico y Vitamina D 50,000 UI, aplican ciertas restricciones de cantidades. Algunos medicamentos para la disfunción eréctil. Sildenafil (genérico de Viagra) o Tadalafil (genérico de Cialis).

SECCIÓN 9 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo **de la vacuna en sí.**
- La segunda parte de la cobertura es el costo de la **aplicación de la vacuna**. (Esto a veces se llama la "administración" de la vacuna).

Sus costos para una vacuna de la Parte D dependen de tres factores:

1. **El tipo de vacuna** (contra qué se vacuna).
    - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos qué está cubierto y qué debe pagar*).
    - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
2. **Dónde obtiene la vacuna.**
    - La vacuna en sí podría ser dispensada por una farmacia o podría obtenerla en el consultorio médico.
3. **Quién le aplica la vacuna.**
    - Podrían aplicarle la vacuna en una farmacia u otro proveedor podría aplicarle la vacuna en el consultorio médico.

Lo que usted paga en el momento de obtener la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y según la etapa de medicamentos en la que se encuentre.

- A veces cuando recibe una vacuna, tiene que pagar el costo completo por la vacuna y por el proveedor que le aplique la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolse su parte del costo.

- Otras veces, cuando recibe una vacuna, tiene que pagar solo su parte del costo en virtud de su beneficio de la Parte D.

A continuación, se presentan tres ejemplos de formas en las que podría obtener una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Obtiene su vacuna en una farmacia de la red. (Tener esta opción depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas).

- Le pagará a la farmacia el coseguro *O* copago por la vacuna, que incluye el costo de la administración.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando reciba la vacuna, pagará por el costo total de la vacuna y por el proveedor que se la administre.
- Luego, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará el monto que pagó menos el coseguro *O* copago habitual por la vacuna (incluida la administración) y cualquier diferencia entre el monto que cobra su médico y lo que pagamos nosotros normalmente. (Si usted participa en el programa Ayuda Extra "Extra Help", le reembolsaremos esta diferencia).

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

- Tendrá que pagarle a la farmacia su coseguro *O* copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le aplica la vacuna, usted paga el costo total por este servicio. Luego, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Recibirá un reembolso del monto que haya facturado el médico por la administración de la vacuna menos cualquier diferencia entre lo que cobra el médico y lo que pagamos nosotros normalmente. (Si usted participa en el programa Ayuda Extra ["Extra Help"], le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitar 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 nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos

A veces cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, usted debe pagar el costo total. Otras veces, notará que pagó más de lo que esperaba según las normas de cobertura del plan. En estos casos, puede solicitarnos que le devolvamos el dinero (esto se conoce como "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. Podría haber plazos que tiene que cumplir para obtener el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También podría haber veces en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que haya recibido, o más de su parte de los costos compartidos, como se menciona en el documento. Primero trate de resolver problema de la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en vez de pagarla. Analizaremos la factura y decidiremos si debemos cubrir los servicios. Si decidimos que debemos cubrirlos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más de los costos compartidos permitidos por el plan. Si el proveedor está bajo contrato, usted tiene derecho a recibir tratamiento.

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

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

Puede recibir servicios de urgencia o de emergencia de cualquier proveedor, ya sea que forme parte de la red o no. En estos casos:

- Solo es responsable de pagar su parte del costo por los servicios de urgencia o emergencia o necesarios. Los proveedores de emergencia están obligados por ley a brindar atención de emergencia. Si usted accidentalmente paga la totalidad del monto en el momento en que recibe la atención, solicite que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponda pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que se le solicita un pago que usted considera que no debe. 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 nos corresponde.

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 y solicitarle a usted solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden a usted que pague más de su parte.

- Usted solo debe pagar su parte de los costos compartidos cuando obtiene servicios cubiertos. 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) 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.
- 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 y solicítenos que le devolvamos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debe en virtud del plan.

3. Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan

En ocasiones, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de inscripción ya ha pasado. 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, como recibos y facturas, para que podamos procesar el reembolso.

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

Si usted va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente a nosotros. Cuando esto ocurra, usted tendrá que pagar el costo total del medicamento recetado.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más detalles sobre estas circunstancias.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no tiene la tarjeta de membresía 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 su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.

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

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

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

Todos los ejemplos mencionados anteriormente son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede solicitar el reembolso *por teléfono o* enviar una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, incluya su 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. **Debe enviarnos la reclamación dentro de un año** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

A fin de asegurarse de proporcionarnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para solicitar el pago.

- No es necesario que use el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido. Su solicitud por escrito debe incluir su nombre, su identificación de miembro de HealthSun o su fecha de nacimiento, su número de teléfono y una copia del recibo o cualquier otra prueba de pago con el nombre y dirección del proveedor, y la fecha de servicio.

- Puede descargar una copia del formulario del sitio web (www.healthsun.com/for-members/forms-documents/) o llamar a Servicios para Miembros para solicitarlo.

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

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

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

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

SECCIÓN 3 Evaluaremos su solicitud de pago y le comunicaremos si fue aprobada o no

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos que nos proporcione información adicional. De lo contrario, analizaremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos, y que usted cumplió con todas las normas, pagaremos la parte del costo que nos corresponde. 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.
- 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. 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. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener más información sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y obligaciones

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades interculturales como miembro del plan

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y sus sensibilidades interculturales (en otros idiomas que no sean inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

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

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés y tenemos materiales escritos disponibles en otros idiomas además del inglés. También podemos brindarle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros.

Se requiere que nuestro plan brinde a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina de la mujer.

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

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja ante HealthSun al 1 877 336 2069

(TTY: 1 877 206 0500). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1 800 MEDICARE (1 800 633 4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1 800 368 1019 o TTY 1 800 537 7697.

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

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

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

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialists or finding a network specialist, please call to file a grievance with HealthSun at 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500). You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Plan nou an dwe onore dwa w ak sansiblite kiltirèl ou antanke manm plan an

Nou dwe bay enfòmasyon nan yon fason ki travay pou ou epi ki konsistan avèk sansiblite kiltirèl ou (nan lòt lang ki pa Angle, an bray, an gwo lèt, oswa lòt fòma, elatriye)

Plan ou a oblije asire ke tout sèvis, tou de klinik ak ki pa klinik, yo bay nan yon fason ki konpetan nan domèn kiltirèl epi yo aksesib pou tout moun ki enskri yo, ki gen ladan moun ki gen konpetans limite angle, konpetans limite lekti, enkapasite pou tande, oswa moun ki gen divès kalite kiltirèl. ak orijin etnik yo. Men kèk egzanp sou fason yon plan ka satisfè kondisyon aksesibilite sa yo enkli, men yo pa limite a bay sèvis tradiktè, sèvis entèprèt, teletypewriters, oswa koneksyon TTY (tèks telefòn oswa teletypewriter telefòn).

Plan nou an gen sèvis entèprèt gratis ki disponib pou reponn kesyon manm ki pa pale angle epi nou gen materyèl ekri ki disponib nan lòt lang ki pa Angle. Nou ka ba w enfòmasyon tou an bray, an gwo lèt, oswa lòt fòma gratis si w bezwen li. Nou oblije ba w enfòmasyon sou benefis plan an nan yon fòma ki aksesib epi ki apwopriye pou ou. Pou jwenn enfòmasyon nan men nou yon fason ki travay pou ou, tanpri rele Sèvis Manm yo.

Plan nou an oblije bay fi ki enskri opsyon aksè dirèk nan yon espesyalis sante fanm nan rezo a pou sèvis swen sante woutin ak prevantif fanm yo.

Si founisè ki nan rezo plan an pou yon espesyalite pa disponib, se responsablite plan an pou jwenn founisè espesyalite andeyò rezo a ki pral ba w swen ki nesesè yo. Nan ka sa a, w ap peye sèlman nan rezo a pataje pri. Si w twouve w nan yon sitiyasyon kote pa gen espesyalis nan rezo plan an ki kouvri yon sèvis ou bezwen, rele plan an pou w jwenn enfòmasyon sou ki kote pou w ale pou w jwenn sèvis sa a nan pataje pri nan rezo a.

Si w gen pwoblèm pou w jwenn enfòmasyon nan plan nou an nan yon fòma ki aksesib epi ki apwopriye pou ou, tanpri rele pou w depoze yon doleyans nan HealthSun nan 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500). Ou ka depoze yon plent nan Medicare tou lè w rele 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) oswa dirèkteman nan Biwo Dwa Sivil 1-800-368-1019 oswa TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos garantizar que tenga un acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan para que le brinde y organice los servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin un referido. Consulte la Sección 2.2 del Capítulo 3 para saber qué otros tipos de proveedores y servicios no necesitan un referido.

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 surtir o reponer sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.

Si considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, en el Capítulo 9 se le informa qué puede hacer.

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

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

- Su "información personal de salud" incluye la información personal que usted nos proporcionó en el momento de inscribirse en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos una notificación escrita, denominada "Aviso de Prácticas de Privacidad", en la 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.
- Con excepción a las circunstancias mencionadas a continuación, si pretendemos brindarle su información de salud a alguien que no le proporciona cuidados o paga por sus cuidados, *tenemos la obligación de obtener primero un permiso escrito de su parte o de alguien a quien le haya otorgado la facultad legal para tomar decisiones en su nombre*.
- Existen ciertas excepciones que no requieren que le solicitemos antes su permiso por escrito. Estas excepciones están contempladas o son requeridas por ley.
    - Estamos obligados a divulgar información de salud a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
    - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, tenemos la obligación de brindar su información de salud a Medicare, incluida la información

sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. En caso de que Medicare divulgue su información con fines de investigación u otros propósitos, deberá hacerlo según la legislación y las reglamentaciones federales. Generalmente, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica.

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, tiene derecho a solicitarnos que agreguemos o corrijamos la información en sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de cuidado médico para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha divulgado su información de salud con cualquier fin que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicios para Miembros.

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información sobre el plan, su red de proveedores y los servicios cubiertos

Como miembro de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO), usted tiene derecho a que le proporcionemos diferentes tipos de información.

Si quiere recibir cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información acerca de la situación financiera del plan.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de la red.** Usted tiene derecho a que le proporcionemos información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 le brindan información relacionada con los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 le brindan información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por los que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 le brinda información sobre cómo solicitar una explicación escrita de la razón por la que un servicio médico o un medicamento de la Parte D no están cubiertos o si su cobertura está limitada. El Capítulo 9 también le brinda información sobre cómo solicitarnos un cambio en una decisión, lo que también se denomina “apelación”.

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 sobre su cuidado de salud

Tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y otros proveedores de cuidado médico. Sus proveedores deben explicar su condición médica y sus opciones de tratamiento *de manera que usted pueda entenderlo*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su cuidado de 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.** Tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su condición, 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 miembros 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. Por supuesto, 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.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar sus propias decisiones médicas

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

- Llenar un formulario escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no pueda tomarlas por su propia cuenta.
- **Dar instrucciones escritas a sus médicos** sobre cómo desea que manejen su atención médica si queda incapacitado para tomar decisiones por su propia cuenta.

Los documentos legales que puede utilizar para dar instrucciones por anticipado en estas situaciones se denominan "**directivas anticipadas**". Existen diversos tipos de directivas anticipadas y diferentes denominaciones. Los documentos denominados "**testamento vital**" y "**poder legal para cuidado médico**" son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea utilizar una "directiva anticipada" para dar instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede solicitar el formulario de directiva anticipada a su abogado, a un trabajador social o en algunas librerías comerciales. A veces, se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar los formularios.
- **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. Puede entregarle copias a sus familiares o amigos cercanos. Guarde una copia en su casa.

Si sabe que deberá ser hospitalizado y ha firmado directivas anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital**.

- En el hospital, le preguntarán 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 u hospital no siguió sus instrucciones, puede presentar una queja ante la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (AHCA) de Florida.

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

Si tiene problemas, inquietudes o quejas y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica qué puede hacer. Sin importar lo que haga (pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja) **debemos proporcionarle un trato justo**.

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 considera que recibió un trato injusto o que no se respetaron sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, estado de salud, pertenencia a un grupo étnico, credo (religión), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697 o a 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 a Servicios para Miembros**.
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)**. Para obtener más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Existen varios lugares en los que puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros**.
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)**. Para obtener más detalles, 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" (Sus Derechos y Protecciones en Medicare). (La publicación está disponible en: https://es.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-S-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)
    - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas obligaciones como miembro del plan

Sus obligaciones como miembro del plan se enumeran a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y con las normas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Use esta *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 sus servicios médicos.
    - En los Capítulos 5 y 6 se brindan detalles acerca de la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si usted cuenta con otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe informarnos.** En el Capítulo 1 se informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales a su médico y a otros proveedores de cuidado médico que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Colabore para que sus médicos y otros proveedores puedan ayudarlo brindándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención.**
    - Para obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de 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 de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
    - Si tiene preguntas, asegúrese de hacerlas y recibir una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que deba.** Como miembro del plan, usted es responsable de realizar los siguientes pagos:
    - Debe continuar pagando una prima de Medicare Parte B para seguir siendo miembro del plan.
    - Para obtener la mayoría de los servicios médicos y medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo en el momento de adquirir el servicio o el medicamento.
    - Si se requiere que pague una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa.
    - Si se requiere que pague el monto adicional para la Parte D debido a su ingreso anual, debe continuar pagándolo directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.

- **Si se muda *dentro* del área de servicio, debemos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria).

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explican dos tipos de procesos para resolver problemas e inquietudes.

- Para ciertos problemas, debe utilizar el **procedimiento para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe utilizar el **procedimiento para presentar quejas,** también llamadas reclamos.

Los dos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso se compone de un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nuestro plan deben cumplir.

La guía en la Sección 3 lo ayudará a identificar el procedimiento correcto que debe seguir y qué debe hacer.

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 facilitar las cosas, en este capítulo:

- Se usan palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice “presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación sobre la cobertura” o “determinación de riesgo”, y “organización de revisión independiente” en lugar 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. Saber qué términos usar le ayudará a comunicarse de manera más precisa para obtener ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre cómo lo tratamos, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con Servicio al Cliente para pedir ayuda. Pero, en algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Las siguientes son dos entidades que pueden ayudarle.

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan médico. Los consejeros de este programa pueden ayudarlo a 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 la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento encontrará los números de teléfono y las direcciones de los sitios web.

Medicare

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

- 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.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 Para tratar su problema, ¿qué proceso debe usar?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La siguiente guía le ayudará.

¿Su problema o inquietud se relaciona con sus beneficios o su cobertura?

Esto incluye problemas relacionados con determinar si los medicamentos recetados o la atención médica están cubiertos o no y de qué forma se cubren, y problemas relacionados con el pago de los medicamentos recetados o de la atención médica.

Sí.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4**, **"Guía de aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones"**.

No.

Salte a la **Sección 10** al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes".**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía de aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: aspectos generales

Las decisiones de cobertura y apelaciones tratan problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, incluido 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 antes de recibir servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cuando le brinda atención médica o si 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, es posible que se desestime su solicitud de decisión de cobertura. Esto significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud son si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud para una decisión de cobertura, le enviaremos una notificación donde se explicará por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué cubrimos y cuánto pagamos. En algunos casos, es posible que decidamos que un servicio o medicamento no está cubierto o dejó de estar cubierto por Medicare. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, antes o después de recibir un servicio, y usted no está conforme, puede apelar la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una decisión de cobertura acelerada o "apelación rápida". Su apelación es analizada por revisores distintos de los que tomaron la decisión original.

Si apela una decisión por primera vez, se denomina "apelación de nivel 1". En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos las normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En circunstancias limitadas, es posible que se desestime su solicitud de apelación de nivel 1. Esto significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud son si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud para una apelación de nivel 1, le enviaremos una notificación donde se explicará por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si no desestimamos su caso, pero rechazamos total o parcialmente su apelación de nivel 1, puede pasar a una instancia de apelación de nivel 2. La apelación de nivel 2 es evaluada por una organización de revisión independiente que no está vinculada con nosotros. (Las apelaciones de servicios médicos y medicamentos de la Parte B se enviarán automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2; usted no necesita hacer nada. Para apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos la totalidad o una parte de su apelación, tendrá que solicitar una apelación de nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan en la Sección 6 de este capítulo). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (en la Sección 9 de este capítulo se explican los procesos de apelaciones de niveles 3, 4 y 5).

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

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

- Puede **llamarnos a Servicios para Miembros**.
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud.
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación superior al nivel 2, tendrá que ser designado como su representante. Llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario de "Designación de Representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en https://healthsun.com/for-members/appeals-grievances/).

- Para obtener atención médica o medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de nivel 1, automáticamente se elevará al nivel 2.
- Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que receta puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de nivel 1, su médico o profesional que receta puede solicitar una apelación de nivel 2.

- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si lo desea, puede designar a otra persona como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación en su nombre.
  - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros y pida el formulario de "Designación de Representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en https://healthsun.com/for-members/appeals-grievances/). 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.
  - 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 una notificación escrita en la que se explicará su derecho a pedir que la organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su abogado o solicitar que le recomienden uno en el colegio de abogados local u otro servicio de referencia. 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 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se brindan detalles sobre su situación?

Existen cuatro tipos de situaciones diferentes que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: "Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 6** de este capítulo: "Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"

- **Sección 7** de este capítulo: "Cómo solicitar que cubramos una hospitalización más extensa si cree que el médico le está dando el alta demasiado pronto"
- **Sección 8** de este capítulo: "Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo 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 consultar, llame a Servicios para Miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su SHIP.

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 5.1 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 documento: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*. Para simplificar, generalmente hacemos referencia a "cobertura de atención médica" o "atención médica", que incluye artículos y servicios médicos, así como 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 explica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco siguientes situaciones:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y usted cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura, Sección 5.2.**

2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desean brindarle, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura, Sección 5.2.**

3. Recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación, Sección 5.3.**

4. Recibió atención médica, pagó por ella y cree que nuestro plan debería cubrirla; por lo tanto, quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esa atención. **Envíenos la factura, Sección 5.5.**

5. Se le ha dicho que la cobertura de cierta atención médica que ha recibido (que nosotros aprobamos previamente) va a reducirse o interrumpirse, y usted cree que esa reducción o interrupción podrían perjudicar su salud. **Presente una apelación, Sección 5.3.**

   Nota: Si la cobertura que se interrumpirá es para cuidado hospitalario, cuidado médico en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), tiene que leer las Secciones 7 y 8 de este Capítulo. Se aplican normas especiales para estos tipos de atención.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura tiene que ver con su atención médica, se denomina "**determinación de la organización**". Una "decisión rápida sobre la cobertura" se denomina **"determinación acelerada"**.

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

Una "decisión de cobertura estándar" generalmente se toma dentro de los 14 días o las 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una "decisión rápida sobre la cobertura" generalmente se toma dentro de las 72 horas, para servicios médicos, o 24 horas, para medicamentos de la Parte B. Para solicitar una decisión rápida sobre la cobertura, se deben cumplir dos requisitos:

- Usted puede *solicitar únicamente* cobertura para atención médica *que aún no ha recibido*.
- Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura *solo* si respetar los plazos estándares podría *perjudicar gravemente su salud o sus capacidades funcionales*.
- **Si su médico nos dice que su salud exige una "decisión rápida sobre la cobertura", aceptaremos automáticamente proporcionarle una decisión rápida sobre la cobertura.**
- **Si usted nos solicita una decisión rápida sobre la cobertura sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud exige que tomemos una decisión rápida sobre la cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta que:
  - Explique que usaremos los plazos estándar.
  - Explique que, si su médico pide la decisión rápida sobre la cobertura, le daremos automáticamente una decisión rápida sobre la cobertura.
  - Explique que puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó.

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

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o proveamos la cobertura de la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. En el Capítulo 2, se incluye información de contacto.

Paso 3: Evaluaremos su solicitud de cobertura de atención médica y le daremos una respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le brindaremos una respuesta dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud por **un artículo o servicio médico.** Si su solicitud es para un **medicamento recetado de Medicare Parte B**, le daremos una respuesta **en el plazo de las 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

- **Sin embargo,** si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos 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 cree que *no* debemos demorar más días, puede presentar una "queja rápida". Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del procedimiento para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para decisiones rápidas sobre la cobertura podemos utilizar un plazo acelerado.

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 servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo,** si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días más**. Si nos tomamos 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 cree que *no* debemos demorar más días, puede presentar una "queja rápida". (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si rechazamos parcial o totalmente su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito con los motivos del rechazo.

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

- Si rechazamos la solicitud, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de atención médica que desea. Si decide presentar una apelación, usted pasa al nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura de atención médica se denomina una **"reconsideración"**. Una "apelación rápida" también se denomina **"reconsideración acelerada"**.

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

Una "apelación estándar" generalmente se resuelve dentro de los 30 días. Una "apelación rápida" generalmente se resuelve dentro de las 72 horas.

- Si usted apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que todavía no recibió, usted y/o su médico tendrán que decidir si necesita una "apelación rápida". Si su médico nos dice que su salud exige una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que se indican en la Sección 5.2 de este capítulo para obtener una "decisión rápida sobre la cobertura".

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

- **Para solicitar una apelación estándar, presente la apelación estándar por escrito.** En el Capítulo 2, se incluye información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2, se incluye información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de los 60 días calendario** a partir de la fecha de la notificación escrita que enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la 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 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 relacionada con la decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, examinamos detenidamente toda la información. Verificamos si respetamos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente comunicándonos con usted o con su médico.

Plazos para una "apelación rápida"

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.** Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Parte B.
  - 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. En la Sección 5.4 se explica el nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos parcial o totalmente 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 parcial o totalmente su solicitud**, enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una "apelación estándar"

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B que aún no ha recibido, le daremos una respuesta **dentro de los siete días calendario** después de recibir su apelación. Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su condición médica así lo requiere.
  - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, no podemos demorar más tiempo para tomar una decisión.
  - Si cree que *no* debemos demorar más días, puede presentar una "queja rápida". Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

- Si no le damos una respuesta antes del plazo (o al final del periodo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. En la Sección 5.4 se explica el nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si aceptamos parcial o totalmente su solicitud,** debemos autorizar o brindarle la cobertura en el plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **en siete días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza parcial o totalmente su apelación**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2

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

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** No tiene ninguna vinculación con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

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

- 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

- Para la "apelación rápida", la organización de revisión debe dar una respuesta a su apelación de nivel 2 **en el plazo de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que puede beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más.** La organización de revisión independiente no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

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

- Para la "apelación estándar", si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe dar una respuesta a su apelación de nivel 2 **en el plazo de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, la organización de revisión debe dar una respuesta a su apelación de nivel 2 en el **plazo de los siete días calendario** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que puede beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más.** La organización de revisión independiente no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

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 acepta total o parcialmente su solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o prestar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión para solicitudes estándar. Para solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión acepta parcial o totalmente una solicitud para un medicamento recetado de Medicare Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de Medicare Parte B en un plazo de **72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándar.** Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión rechaza parcial o totalmente su apelación,** significa que está de acuerdo con nosotros en que no se debe aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura para la atención médica. (Esto se conoce como "confirmación de la decisión" o "rechazo de la apelación"). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
  - Para explicarle su decisión.
  - Para notificarle sobre el derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de la atención médica alcanza un mínimo determinado. La notificación escrita que reciba de una organización de revisión independiente le informará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar el proceso de apelación.
  - Para informarle cómo presentar una apelación de nivel 3.

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

- Hay tres niveles más en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibe tras su apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo se explican los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos solicita que le paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por atención médica?

En el Capítulo 7, se describe cuándo es posible que necesite solicitar un reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. Además, se explica cómo enviar la documentación para solicitarnos el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación para solicitar un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si siguió todas las normas para el uso de su cobertura para la atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud**: Si la atención médica está cubierta y respetó todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo en el plazo de los 60 días calendario de haber recibido su solicitud. Si aún no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** 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 los servicios y explicarle los motivos de nuestra decisión.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo, **puede presentar una apelación.** Si presenta una apelación, significa que nos pide que modifiquemos la decisión de cobertura que tomamos al denegar su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Para apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta dentro de los 60 días calendario de haber recibido su apelación. Si nos solicita un reembolso por la atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que deberíamos pagar, debemos enviarle el pago a usted o el 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 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 En esta sección, se explica qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Para que el medicamento esté cubierto, se debe usar para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre la indicación médicamente aceptada). Para conocer más detalles sobre medicamentos de la Parte D, normas, restricciones y costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **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". También utilizamos el término "lista de medicamentos" en lugar de "Lista de medicamentos cubiertos" o "Formulario".

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlos.
- Si su farmacia le dice que no puede venderle su medicamento tal como se indica en la receta, la farmacia le brindará una notificación escrita para explicarle cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones sobre la Parte D

Término legal
La decisión de cobertura inicial de medicamentos de la Parte D se denomina "**determinación sobre la cobertura"**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección, se explica lo que puede hacer si está en una de las siguientes situaciones:

- Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicite una excepción, Sección 6.2.**
- Pedirnos que renunciemos a una restricción en la cobertura de un medicamento del plan (como límites en la cantidad de medicamento que puede recibir). **Solicite una excepción, Sección 6.2.**
- Pedirnos pagar un monto de costos compartidos más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de costos compartidos más elevado. **Solicite una excepción, Sección 6.2.**
- Solicitar aprobación previa para un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura, Sección 6.4.**

- Pedirnos que paguemos un medicamento recetado que ya compró. **Solicítenos que le devolvamos el dinero, Sección 6.4.**

Si no está de acuerdo con una 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.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Solicitar cobertura de un medicamento que no está en la lista de medicamentos se denomina a veces **"excepción al formulario"**. Solicitar que se elimine una restricción en la cobertura de un medicamento se denomina a veces una **"excepción al formulario"**. Solicitar pagar un precio inferior por un medicamento cubierto no preferido a veces se denomina solicitar una **"excepción a nivel de cobertura"**.

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.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que receta tendrán que explicar los motivos médicos por los que usted necesita que se apruebe la excepción. A continuación, se describen tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta pueden solicitarnos:

1. **Cobertura de un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra lista de medicamentos.** Si estamos de acuerdo en cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, tendrá que pagar el monto de costos compartidos que aplica a los medicamentos de marca no preferida del nivel 4. No puede pedir una excepción al monto de costos compartidos que requerimos que pague por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción a un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y renunciar a una restricción por usted, puede solicitar una excepción en el monto de copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costos compartidos inferior.** Cada medicamento de nuestra Lista de medicamentos se encuentra en uno de los seis niveles de costos compartidos. En general, cuanto más bajo es el número del nivel de costos compartidos, menos deberá pagar como su parte del costo del medicamento.

  - Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su condición médica que se encuentran en un nivel de costos compartidos inferior que el de su medicamento, puede solicitarnos cubrir su medicamento en el monto de costos compartidos que se aplique al medicamento alternativo.
- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento con un monto de costos compartidos más bajo. Este sería el costo del nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su condición.
- Si el medicamento que toma es un medicamento de marca, puede solicitarnos cubrir su medicamento con el monto de costos compartidos que se aplique al nivel más bajo que contenga medicamentos alternativos de marca para tratar su condición.
- Si el medicamento que toma es un medicamento genérico, puede solicitarnos cubrir dicho medicamento con el monto de costos compartidos que se aplique al nivel más bajo que contenga alternativas de marca o genéricas para tratar su condición.
- Usted no puede solicitarnos que modifiquemos el nivel de costos compartidos de un medicamento especializado del nivel 5.
- Si aceptamos su solicitud de excepción a nivel de cobertura y existen varios niveles de costos compartidos más bajos con medicamentos alternativos que no puede tomar, por lo general pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Cuestiones importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe comunicarnos las razones médicas

Su médico u otro médico que receta nos debe enviar una declaración donde se expliquen los motivos médicos por los que pide la excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro médico que receta cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una condición 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 todos los medicamentos alternativos en el nivel de costos compartidos más bajo no le den resultado o exista la posibilidad de que provoquen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aceptamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación en general es válida hasta el final del año del plan. Esto regirá siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y que el medicamento siga siendo seguro y efectivo para el tratamiento de su condición.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal
Una "decisión rápida sobre la cobertura" se denomina **"determinación de cobertura acelerada"**.

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

Las **"decisiones de cobertura estándar"** se toman dentro de las **72 horas** después de que recibimos la declaración de su médico. Las **"decisiones rápidas sobre la cobertura"** se toman dentro de las **24 horas** después de que recibimos la declaración de su médico.

Si su salud así lo requiere, solicítenos que le otorguemos una "decisión rápida sobre la cobertura".
Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, se deben cumplir dos requisitos:

- Debe solicitar un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura para que le reembolsen un medicamento que ya compró).
- Se puede perjudicar gravemente su salud o sus capacidades funcionales si seguimos los plazos estándares.
- **Si su médico u otro profesional que receta nos dice que su salud exige una "decisión rápida sobre la cobertura", aceptaremos automáticamente concederle una decisión rápida sobre la cobertura.**
- **Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta, sin el respaldo de su médico u otro profesional que receta, decidiremos si su estado de salud requiere que le brindemos una decisión rápida sobre la cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta que:
    - Explique que usaremos los plazos estándar.
    - Explique que, si su médico u otro profesional que receta pide la decisión rápida sobre la cobertura, le daremos automáticamente una decisión rápida sobre la cobertura.
    - Explique cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó. Responderemos su queja dentro de las 24 horas de recibirla.

Paso 2: Solicite una "decisión de cobertura estándar" o una "decisión rápida sobre la cobertura".

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o proveamos la cobertura de la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada con el Modelo de Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura de los CMS o con el formulario de nuestro plan, que están disponibles en nuestro sitio web. En el Capítulo 2, se incluye información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamación rechazada se apela.

Usted, su médico (u otro profesional que receta) o su representante pueden hacerlo. También puede hacerlo un abogado en su lugar. En la Sección 5.2 de este capítulo se explica cómo puede otorgar un permiso por escrito para que otra persona lo represente.

- **Si solicita una excepción, envíe la "declaración justificadora"**, que son los motivos médicos para la excepción. Su médico u otro profesional que receta puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien, su médico u otro profesional que receta nos pueden dar los motivos por teléfono y luego enviar una declaración por escrito por correo o por fax si es necesario.

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

Plazos para una "decisión rápida sobre la cobertura"

- Generalmente debemos darle una respuesta **dentro de las 24 horas** de haber recibido su solicitud.
    - Para las excepciones, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas después de recibir la declaración justificadora de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parcial o totalmente su solicitud,** debemos proporcionar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración justificadora del médico.
- **Si rechazamos parcial o totalmente 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 de cobertura estándar" de un medicamento que todavía no recibió

- Generalmente debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas** de haber recibido su solicitud.
    - Para las excepciones, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir la declaración justificadora de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo exige.

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

- **Si aceptamos parcial o totalmente su solicitud,** debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos brindar **dentro de las 72 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración justificadora del médico.
- **Si rechazamos parcial o totalmente 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 de cobertura estándar" 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.
- **Si aceptamos parcial o totalmente su solicitud,** también debemos realizar el pago dentro de los 14 días calendario de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parcial o totalmente su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito donde se expliquen los motivos de nuestro rechazo. También le explicaremos cómo puede apelar esta decisión.

<u>Paso 4:</u> Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos la solicitud, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de medicamentos que desea. Si decide presentar una apelación, usted pasa al nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1

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

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

Una "apelación estándar" generalmente se resuelve dentro de los 7 días. Una "apelación rápida" generalmente se resuelve dentro de las 72 horas. Si su estado de salud lo requiere, solicite una "apelación rápida".

- Si usted apela una decisión que tomamos acerca de un medicamento que aún no recibió, usted, su médico u otro profesional que receta deberán decidir si es necesaria una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que se indican en la Sección 6.4 de este capítulo para obtener una "decisión rápida sobre la cobertura".

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otro profesional que receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe pedir una **"apelación rápida"**.

- **Para apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito** o llámenos. En el Capítulo 2, se incluye información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al** 1-877-336-2069. En el Capítulo 2, se incluye información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud presentada con el Modelo de Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de los 60 días calendario** a partir de la fecha de la notificación escrita que enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la 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 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.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3: 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 profesional que receta para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.** Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo exige.
    - 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 6.6 se explica el nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos parcial o totalmente su solicitud,** debemos proporcionar la cobertura que acordamos brindar en el plazo de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si rechazamos parcial o totalmente 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" por un medicamento que todavía no recibió

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **dentro de los siete días calendario** de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su condición médica así lo exige.
    - Si no le comunicamos una decisión dentro de los siete días calendario, 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 6.6 se explica el nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos parcial o totalmente su solicitud,** debemos proporcionar la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, siempre dentro de los **siete días calendario** después de haber recibido su apelación.
- **Si rechazamos parcial o totalmente 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" sobre el 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.
- **Si aceptamos parcial o totalmente su solicitud,** también debemos realizar el pago dentro de los 30 días calendario de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parcial o totalmente 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 4: Si rechazamos la apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar *otra*.

- Si decide presentar otra apelación, su apelación pasará al nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2

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

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No tiene ninguna vinculación con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de nivel 1, la notificación escrita que le enviamos 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. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo correspondiente o tomamos una decisión adversa con respecto a la determinación "de riesgo" según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- 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.

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

Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información vinculada con su apelación.

Plazos para la "apelación rápida"

- Si su salud lo requiere, pida una "apelación rápida" a la organización de revisión independiente.
- Si la organización acepta otorgarle una "apelación rápida", la organización debe responder su apelación de nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su solicitud de apelación.

Plazos para la "apelación estándar"

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los siete 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** de haber recibido su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le brinda una respuesta.

Para "apelaciones rápidas":

- **Si la organización de revisión independiente aprueba parcial o totalmente su solicitud,** 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.

Para "apelaciones estándar":

- **Si la organización de revisión independiente aprueba parcial o totalmente su solicitud de cobertura,** debemos **brindar la cobertura del medicamento** que aprobó la organización de revisión **dentro de las 72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente aprueba total o parcialmente su solicitud de un reembolso** por 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 **parcial o totalmente** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se conoce como "confirmación de la decisión". También se llama "rechazo de la apelación"). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Para explicarle su decisión.
- Para notificarle sobre el derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita alcanza un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita es demasiado bajo, usted no podrá presentar otra apelación y la decisión en el nivel 2 será definitiva.
- Para informarle el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

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

- Hay tres niveles más en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibe tras su apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitar que cubramos una hospitalización más extensa si cree que el médico le está dando el alta demasiado pronto

Cuando es admitido en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día que se vaya del hospital. 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 decida 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.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá una notificación escrita de Medicare que le informa sobre sus derechos

Dentro de los dos días de ser hospitalizado, se le entregará una notificación escrita llamada *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos.* Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de esta notificación. Si no se la da nadie en el hospital (por ejemplo, un asistente social o un enfermero), pídasela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea este aviso con atención y haga preguntas si no lo entiende.** Allí se informa lo siguiente:
   - 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 cualquier decisión sobre su hospitalización.

- A dónde debe comunicar las inquietudes que tenga sobre la calidad de su cuidado hospitalario.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si considera que le están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar que se retrase la fecha de alta de modo que se cubra el cuidado hospitalario durante un periodo más prolongado.

2. **Se le pedirá que firme la notificación escrita para indicar que la recibió y que entiende sus derechos.**
   - Usted, o la persona que actúe en su nombre, debe firmar la notificación.
   - Firmar la notificación demuestra *únicamente* que recibió la información acerca de sus derechos. La notificación no indica su fecha de alta. Firmar la notificación ***no*** **implica** que esté aceptando una fecha de alta.

3. **Guarde su copia** de la notificación 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 la notificación más de dos días antes de la fecha de alta, recibirá otra copia antes de su alta programada.
   - Para ver una copia de esta notificación con anticipación, puede llamar a Servicios para Miembros o 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. También puede ver la notificación en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes internados durante más tiempo, deberá usar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que tiene que hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla los plazos.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, una organización gubernamental que provee asistencia personalizada.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa la apelación. Controla que su fecha planificada para el alta sea adecuada para usted desde el punto de vista médico.

La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de salud a los que les paga el Gobierno federal para que revisen y mejoren la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye la revisión de las fechas de alta del hospital de las personas con Medicare. Estos especialistas no forman parte de nuestro plan.

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

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En la notificación escrita que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*), se indica cómo puede comunicarse con esta organización. También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

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**.
    - **Si cumple con este plazo**, podrá permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta *sin pagar* mientras espera obtener la decisión 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 quiere apelar, deberá presentar una apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener más información sobre esta otra forma de presentar una apelación, consulte la Sección 7.4.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la Mejora de la Calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después de que nos contacten, le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso incluye la fecha planificada para el alta y explica los motivos por los que el médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (desde el punto de vista médico) que sea dado de alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llamando a Servicios para Miembros o 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). También puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad ("los revisores") le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare un documento 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 les hemos proporcionado.
- Al mediodía del día después de que los revisores nos informen de su apelación, le enviaremos una notificación escrita con la fecha planificada para el alta. Esta notificación también explica en detalle los motivos por los que el médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (desde el punto de vista médico) que sea dado de alta en esa fecha.

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 dice que *sí*, **debemos continuar brindando los servicios hospitalarios para pacientes internados con cobertura mientras estos servicios sean 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 hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión dice que *no*, significa que creen que la fecha planificada para el alta es médicamente adecuada. En este caso, **nuestra cobertura de su servicio hospitalario para pacientes internados 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, entonces **puede que tenga que pagar el costo total** del cuidado hospitalario que reciba a partir del mediodía del día después de que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé una respuesta sobre su apelación.

Paso 4: Si se rechaza su apelación de nivel 1, usted decide si desea presentar una nueva apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad *rechaza* su apelación *y* usted se queda 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 apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Durante una apelación de nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que examine nuevamente su decisión 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.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta nueva revisión **dentro de los 60 días calendario** desde que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechaza* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión únicamente si usted se quedó en el hospital después de la fecha en la que finalizó la cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad volverán a examinar detenidamente toda la información vinculada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario a partir del momento en que se recibe su solicitud para una apelación de nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Si la organización de revisión acepta su apelación:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos del cuidado hospitalario que recibió desde el mediodía posterior a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazara la primera apelación. **Debemos continuar brindando cobertura para su cuidado hospitalario para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- 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. Esto se conoce como “confirmación de la decisión”.
- En la notificación que reciba, se le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

<u>Paso 4:</u> Si la respuesta es negativa, tendrá que decidir si quiere llevar su apelación al siguiente nivel, es decir el nivel 3.

- Hay tres niveles más en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibe tras su apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si vence el plazo para presentar una apelación de nivel 1?

Término legal
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se denomina **"apelación acelerada"**.

Puede presentar una apelación ante nosotros directamente

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para iniciar la apelación de nivel 1 de su fecha de alta hospitalaria. Si vence el plazo para contactarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, hay otra forma de presentar una apelación.

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

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

<u>Paso 1:</u> Contáctenos y solicite una "revisión rápida".

- **Solicite una "revisión rápida".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en vez de los "estándares". En el Capítulo 2, se incluye información de contacto.

<u>Paso 2:</u> 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. Verificamos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y respetó todas las normas.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de solicitar una "revisión rápida".

- **Si aceptamos su apelación**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita permanecer en el hospital después de la fecha de alta. Seguiremos brindando sus servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo 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,** 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 internados finaliza a partir de la fecha en la que dijimos que finalizaría la cobertura.
    - Si permaneció internado en el hospital *después* de la fecha planificada para el alta, entonces **es posible que deba pagar el costo total** del cuidado hospitalario que recibió después de dicha fecha.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación, su caso se envía *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativo* de nivel 2

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

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

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 un plazo de 24 horas desde que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este u otros plazos, puede presentar una queja. En la Sección 10 de este capítulo, se explica cómo presentar una queja).

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.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información vinculada con su apelación sobre el alta del hospital.

- **Si esta organización *acepta* su apelación**, entonces debemos reembolsarle 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 internados en la medida en que sean médicamente necesarios. 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 en que la fecha planificada para el alta hospitalaria es médicamente adecuada.
    - La notificación escrita que recibe de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de nivel 3 con el proceso de revisión, 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 más en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, puede elegir aceptar esta decisión o pasar a la apelación de nivel 3.
- En la Sección 9 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 8.1 *En esta sección, se tratan solo tres 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)

Cuando recibe **cuidado médico en el hogar, cuidado especializado de enfermería o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios),** tiene derecho a continuar recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención en la medida en que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

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 finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le avisaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

Término legal
"Aviso de no cobertura de Medicare". Le indica cómo 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 acerca de cuándo interrumpir la atención que recibe.

1. **Recibe una notificación escrita** al menos dos días antes de que nuestro plan interrumpa la cobertura de su atención. La notificación le informa lo siguiente:
   - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una "apelación de vía rápida" para pedirnos que continuemos cubriendo su atención por un periodo más largo.

2. **Se le pedirá a usted, o la persona que actúe en su nombre, que firme la notificación escrita para indicar que la recibió.** Firmar la notificación indica *únicamente* que ha recibido información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Su firma no significa que está de acuerdo** con la decisión del plan de interrumpir la cobertura.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Si desea solicitar que cubramos su atención durante más tiempo, tendrá que usar el proceso de apelación para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que tiene que hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla los plazos.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, una organización gubernamental que provee asistencia personalizada.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa la apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es adecuada desde el punto de vista médico.

La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros especialistas del cuidado de salud a los que les paga el Gobierno federal para que revisen y mejoren la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo corresponde dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos especialistas no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente una apelación de nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite una *apelación de vía rápida*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En la notificación escrita que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*), se indica cómo puede comunicarse con esta organización. También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- 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.

Su plazo para contactarse con esta organización.

- 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 8.5.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

Término legal
"Explicación detallada de no cobertura". Aviso que proporciona información sobre los motivos de finalización de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad ("los revisores") le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare un documento 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 avisen sobre su apelación, usted recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** de nosotros, donde se le explicarán en detalle los motivos por los que cancelamos nuestra cobertura de sus servicios.

Paso 3: En el transcurso de un día completo después de obtener toda la información necesaria, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aprueban* su apelación, **debemos continuar prestándole los servicios cubiertos en la medida en que se consideren médicamente necesarios.**
- Deberá seguir pagando su parte del costo (los deducibles o los copagos, en caso de que se apliquen). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* la apelación, **la cobertura finalizará en la fecha en que le habíamos indicado.**
- 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.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de nivel 1, y usted elige continuar recibiendo atención después de que su cobertura haya finalizado, entonces puede presentar una apelación de nivel 2.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para que el plan cubra su atención por más tiempo

Durante una apelación de nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que examine nuevamente la decisión 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, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que finalizaría la cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad nuevamente y solicite 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 acepta 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 sobre la apelación de nivel 1.
- En la notificación 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 desea continuar con una apelación de nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibe tras la decisión sobre su apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si vence el plazo para presentar una apelación de nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros directamente

Tal como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente 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 son diferentes*.

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

Término legal
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se denomina **"apelación acelerada"**.

Paso 1: Contáctenos y solicite una "revisión rápida".

- **Solicite una "revisión rápida".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en vez de los "estándares". En el Capítulo 2, se incluye información de contacto.

Paso 2: Realizamos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos sobre la fecha de finalización de la cobertura de sus servicios.

- En esta revisión, volvemos a evaluar toda la información sobre su caso. Revisamos si cumplimos con todas las normas al establecer la fecha de finalización de la cobertura del plan para los servicios que usted recibía.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de solicitar una "revisión rápida".

- **Si aceptamos su apelación,** significa que coincidimos con usted en que necesita los servicios durante más tiempo y 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**, su cobertura finalizará en la fecha que le dijimos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si continúa recibiendo cuidado médico en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que indicamos que su cobertura finalizaría, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se envía *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

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

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 sobre su "apelación rápida". Esta organización decide si se debe modificar la decisión. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una compañía que seleccionó Medicare para encargarse de actuar como la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

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 un plazo de 24 horas desde que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este u otros plazos, puede presentar una queja. En la Sección 10 de este capítulo, se explica cómo presentar una queja).

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.

- 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 nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que nuestra cobertura finalizaría. Además, debemos continuar cubriendo la atención en la medida en que sea médicamente necesaria. 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 los servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que está de acuerdo con la decisión de nuestro plan ante su primera apelación y no la modificará.
- En la notificación que le envíe la organización de revisión independiente, se le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con 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 desea continuar con una apelación de nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibe tras la decisión sobre su apelación de nivel 2.
- Una apelación de nivel 3 es revisada por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo elevar su apelación al nivel 3 y a niveles superiores

Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede serle útil si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar a niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba sobre su apelación de nivel 2 explicará cómo 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 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 el abogado mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* terminar o *no*.** A diferencia de las decisiones del nivel 2, tenemos derecho a apelar las decisiones del nivel 3 que lo favorezcan. Si decidimos apelar, irá a una apelación de nivel 4.
    - Si decidimos *no* apelar, 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 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. Es posible que esperemos la decisión sobre la apelación de nivel 4 antes de autorizar o prestar el servicio en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o abogado mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* terminar 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. En la notificación que recibirá, se explican los pasos para presentar una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4 El **Consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) estará a cargo de revisar su apelación y darle 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 apelaciones *puede* terminar o *no*.** A diferencia de las decisiones del nivel 2, tenemos derecho a apelar las decisiones del nivel 4 que lo favorezcan. Nosotros decidiremos si apelaremos esta decisión en el nivel 5.
    - 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 apelaciones *puede* terminar 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 con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en la notificación que recibirá se indica si las normas le permiten continuar con una apelación de nivel 5 y cómo hacerlo.

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

- Un juez revisará toda la información y *aceptará* o *rechazará* su solicitud. Esta respuesta es definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal del Distrito.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede serle útil si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló alcanza una determinada cantidad de dólares, es posible que pueda continuar a niveles de apelación adicionales. Si la cantidad de dólares es menor, no puede apelar más. La respuesta por escrito que recibe para su apelación de nivel 2 le explicará con quién debe ponerse en contacto y qué debe hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de una manera similar. Aquí está la persona que maneja sus apelaciones en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 **Un juez 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.** 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* terminar 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. En la notificación que recibirá, se explican los pasos para presentar una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4 El **Consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) estará a cargo de revisar su apelación y darle una respuesta. El Consejo forma parte del Gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación se terminó.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** aprobada por el Consejo **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* terminar 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 con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo declina su apelación o rechaza su solicitud de revisión de la apelación, en la notificación se le indicará si según las normas usted puede avanzar hacia una apelación en el nivel 5. También se le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

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

- Un juez revisará toda la información y *aceptará* o *rechazará* su solicitud. Esta respuesta es definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal del Distrito.

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se usa *solamente* para ciertos tipos de problemas. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente. A continuación, se dan algunos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio de atención al cliente deficiente u otras conductas negativas	• ¿Alguien lo ha maltratado o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con Servicios para Miembros? • ¿Siente que lo han alentado a retirarse del plan?
Tiempos de espera	• ¿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 Servicios para Miembros u otro personal del plan? o Los ejemplos incluyen esperas demasiado largas al teléfono, en la sala de espera o donde va a realizarse un examen, o cuando va a abastecer una receta.
Higiene	• ¿Está insatisfecho con la higiene o el estado de una clínica, hospital o consultorio del médico?
Información que le proporcionamos	• ¿No le proporcionamos un aviso requerido? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura y apelaciones)	Si ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y cree que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. A continuación se presentan ejemplos: • Nos solicitó una "decisión rápida sobre la cobertura" o una "apelación rápida" y rechazamos su solicitud; puede presentar una queja. • Considera que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Considera que no cumplimos con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Considera que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **"queja"** también se conoce como un **"reclamo"**.
- **"Presentar una queja"** también se conoce como **"presentar un reclamo"**.
- **"Utilizar el proceso para presentar quejas"** también se conoce como "**utilizar el proceso para presentar un reclamo"**.
- Una **"queja rápida"** también se conoce como un **"reclamo acelerado"**.

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar un reclamo

Paso 1: Contáctenos rápidamente (ya sea por teléfono o por escrito).

- **En general, llamar a Servicios para Miembros es el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, Servicios para Miembros le informará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó conforme), puede enviar su queja por escrito.** Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.

- **Si usted llama o envía su queja por escrito, envíenos la siguiente información:** Su nombre, domicilio, número de teléfono y número de identificación de miembro. 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 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 reclamo escrito, comuníquese con Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en el Capítulo 2 de este folleto.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el cual desea quejarse.

Paso 2: Evaluamos su reclamo y le damos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama para presentar una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada.
- **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 queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de "decisión rápida sobre la cobertura" o de "apelación rápida", le daremos automáticamente una "queja rápida".** Una "queja rápida" significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de su queja, o no nos hacemos responsables del problema por el cual se queja, incluiremos nuestros motivos en la respuesta.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad

Si su queja es acerca de la *calidad de la atención*, también tiene otras dos opciones:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la Mejora de la Calidad.** La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal paga para comprobar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2, se incluye información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja tanto a la Organización para la Mejora de la Calidad como a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) directamente ante Medicare. Para ello, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:
Finalizar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) puede ser **voluntaria** (su decisión) o **involuntaria** (decisión ajena a su voluntad):

- Podría retirarse de nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre la finalización de su membresía en forma voluntaria.
- También existen determinadas situaciones en las que debemos finalizar su membresía. En la Sección 5, se explican aquellas situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si se retira de nuestro plan, el plan debe continuar brindándole atención médica y medicamentos recetados, y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede finalizar su membresía durante el periodo de inscripción anual

Puede finalizar su membresía en nuestro plan durante el **periodo de inscripción anual** (también conocido como "periodo de inscripción abierta anual"). Durante este tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos, y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **periodo de inscripción anual** es desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **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 médico de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
    - Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
    - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
        - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, salvo que usted haya renunciado a la inscripción automática.

  Nota: Si usted cancela la 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, deberá pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D si luego se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
- **Su membresía estará vigente en nuestro plan** hasta que comience la cobertura de su plan nuevo el 1.º de enero.

Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El periodo anual de inscripción abierta de Medicare Advantage** es desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo.
- **Durante el periodo anual de inscripción abierta de Medicare Advantage** usted puede hacer lo siguiente:
    - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados.
    - Cancelar la inscripción en nuestro plan y obtener cobertura de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este periodo, también puede inscribirse en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.
- **Su membresía finaliza** el primer día del mes después de inscribirse en un plan Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud para cambiarse a Medicare Original. Si decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en este plan comenzará el primer día del mes posterior a que el plan reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En determinados casos, puede finalizar su membresía durante un periodo especial de inscripción

En determinados casos, los miembros de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) pueden ser elegibles para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **periodo especial de inscripción**.

Podrá ser elegible para finalizar su membresía durante un periodo especial de inscripción si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted. Estos son solo algunos ejemplos, para obtener la lista completa puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Generalmente, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para recibir Ayuda Extra (“Extra Help”) 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 cuidado a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE).

Nota: Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En el Capítulo 5, Sección 10, encontrará más información acerca de los programas de administración de medicamentos.

Los periodos de inscripción varían según su situación.

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 1-877-486-2048. Si es elegible para finalizar su membresía debido a una situación especial, usted puede optar por cambiar tanto su cobertura médica de Medicare como su cobertura de medicamentos recetados. Puede elegir entre las siguientes opciones:

- Otro plan médico de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- *O bien,* Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

  Nota: Si usted cancela la 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, deberá pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D si luego se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Su membresía finalizará, por lo general, el primer día del mes posterior a que recibamos su solicitud de cambiar su plan.

Si recibe Ayuda Extra ("Extra Help") de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: si desea cambiarse a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare lo podrá inscribir en un plan de medicamentos, salvo que haya renunciado a la inscripción automática.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información acerca de cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre la finalización de su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llamar a Servicios para Miembros**.
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare y Usted 2023***.
- Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

La tabla a continuación explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan médico de Medicare.	• Inscríbase en el nuevo plan médico de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	• **Envíenos una solicitud por escrito para que cancelemos su inscripción.** Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo hacerlo. • También puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará automáticamente su inscripción a HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) cuando comience la cobertura de Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe continuar obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo su atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando nuestras farmacias de la red *o de pedido por correo* para surtir sus recetas**.
- **Si lo hospitalizan el día en que termina su membresía, su hospitalización 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 HealthAdvantage Plus (HMO) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones

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

HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) **debe finalizar su membresía en el plan en las siguientes situaciones:**

- Si ya no tiene Medicare Parte A y Parte B.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
    - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para Miembros para saber si el lugar a donde va está en el área que cubre nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya 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 brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a retirarse de nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
- Si deja que otra persona 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 membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el inspector general investigue su caso.
- Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información acerca de cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicios para Miembros.

Sección 5.2 No podemos pedirle que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud

HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) no puede pedirle que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si piensa que le pedimos que se retire de nuestro plan por razones de salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle nuestras razones por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía.

CAPÍTULO 11:
Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre ley(es) vigente(s)

La ley principal que aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) de conformidad con la Ley del Seguro Social. Además, pueden aplicar otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que habita. Esto puede afectar sus derechos y obligaciones, aun cuando las leyes no estén incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

No discriminamos por razones de raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proporcionan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben acatar las leyes federales contra la discriminación, como el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley en favor de los Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible y todas las demás leyes que conciernen a las organizaciones que reciben financiamiento federal y demás leyes o normas que correspondan por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene algún problema de discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos, al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en https://www.hhs.gov/ocr/index.

Si tiene alguna discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame a Servicios para Miembros. Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, en Servicios para Miembros pueden ayudarlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar todos los servicios de Medicare cubiertos para los que Medicare no es el pagador primario. Según las reglamentaciones de los CMS en el título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR), secciones 422.108 y 423.462, HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO), como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría según las reglamentaciones de los CMS en los subapartados B a D del apartado 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
Email: 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

Aviso de no discriminación

HealthSun Health Plans cumple 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 Miembros al teléfono 877-336-2069, o TTY al 711. Si considera que HealthSun no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja en:
Departamento de Quejas
9250 W. Flagler Street, Suite 600
Miami, FL 33174
T. 877-336-2069 (TTY: 711)
F. 305-234-9275
Correo electrónico: HScivilrights@healthsun.com
Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el departamento de Servicios para Miembros 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 Humanos de los EE. UU. de manera electrónica a través del portal de quejas, 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 queja en el sitio web http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Encarte multilingüe

Servicio multilingüe de intérprete

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。 这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher

erreichen Sie unter 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على(1-877-336-2069)TTY: 1-877-206-0500. سيقوم بمساعدتك. هذه خدمة مجانية شخص ما يتحدث العربية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया से वाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त से वा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język

polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500) にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサー ビスです。

H5431_MLI_C Rev. 06/14/2022

CAPÍTULO 12:
Definiciones de palabras importantes

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

Periodo de inscripción anual: el periodo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año en el cual los miembros pueden cambiar de planes médicos o de medicamentos, o cambiarse a Medicare Original.

Apelación: una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios médicos 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.

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 miembro de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO), usted solo debe pagar los montos de costos compartidos de nuestro plan cuando recibe los servicios que cubre el plan. No les permitimos a los proveedores "facturar un saldo" o de otro modo cobrarle más que el monto de costos compartidos que su plan indica que usted debe pagar.

Periodo de beneficios: la forma en que tanto nuestro plan como Medicare Original miden su uso de servicios hospitalarios y de centros 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 cuidado hospitalario para pacientes internados (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.

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.

Etapa de cobertura catastrófica: etapa del beneficio para medicamentos de la Parte D durante la cual le corresponde pagar un copago o coseguro menor por los medicamentos si usted u otras personas calificadas en su nombre gastaron $7,400 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Plan de Necesidades Especiales para Condiciones Crónicas (C-SNP): planes de necesidades especiales que restringen la inscripción a personas con condiciones crónicas severas o discapacitantes específicas, definidas en el título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR), sección 422.2. Un C-SNP debe tener atributos específicos que van más allá de la provisión de servicios básicos de las Partes A y B de Medicare y la coordinación de atención que se requiere de todos los planes de atención coordinada de Medicare Advantage para recibir la designación especial y las adaptaciones de marketing e inscripción proporcionadas a los C-SNP.

Coseguro: un monto que es posible que deba pagar, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20%), como su parte del costo por servicios o medicamentos recetados.

Queja: la manera formal de referirse a "presentar una queja" es "presentar un reclamo". El proceso de quejas 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 al cliente que usted recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los plazos en el proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): un centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, entre los que se incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patologías del habla y del lenguaje y servicios de evaluación ambiental en el hogar.

Copago: un monto que quizás 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 (por ejemplo, $10), no un porcentaje.

Costos compartidos: se refiere a los montos que un afiliado tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que 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.

Nivel de costos compartidos: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se incluye en uno de seis niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el nivel de costos compartidos, más alto será el costo del medicamento.

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 documento.

Medicamentos cubiertos: el término que usamos para nombrar a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros médicos que están cubiertos por nuestro plan.

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 tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se vuelven elegibles para Medicare, generalmente, pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare más tarde.

Cuidado custodial o supervisado: es el cuidado personal que se brinda en un hogar de ancianos, un hospicio u otro centro cuando no necesita atención médica especializada o cuidado especializado de enfermería. El cuidado custodial o supervisado, provisto por personas que no tienen habilidades o entrenamiento profesionales, incluye la ayuda con actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama, sentarse o pararse, desplazarse y usar el baño. Puede incluir, además, el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como colocarse gotas para ojos. Medicare no paga el cuidado custodial o supervisado.

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. Por 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.

Deducible: el monto que usted debe pagar por el cuidado de salud o los medicamentos recetados antes de que el plan pague su parte.

Cancelar la inscripción o **cancelación de la inscripción:** el proceso de finalizar su membresía de nuestro plan.

Cargo del farmacéutico: un cargo que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que dedica el farmacéutico a preparar y empaquetar la receta.

Plan de Necesidades Especiales para Personas Doblemente Elegibles (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos que indica un médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón motorizado, suministros para el tratamiento de la diabetes, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos de oxigenación, nebulizadores o camas hospitalarias solicitadas por un proveedor para uso doméstico.

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 (y si está embarazada, la pérdida del hijo por nacer), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeore rápidamente.

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 condición médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (EOC) e información de divulgación: este documento junto con su formulario de inscripción y cualquier otro archivo adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está incluido en nuestro formulario (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 nuestro plan pide que usted pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario).

Ayuda Extra ("Extra Help"): programa de Medicare o un programa estatal cuyo fin es ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y los coseguros.

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.

Reclamo: un tipo de queja que puede presentar sobre nuestro plan, nuestros proveedores o farmacias. También puede ser una queja relacionada con la calidad de la atención que recibió. Esto no abarca disputas sobre la cobertura o el pago.

Asistente de cuidado médico en el hogar: una persona que brinda servicios que no requieren las habilidades de un enfermero o terapeuta certificado, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Hospicio: un beneficio que proporciona tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su zona geográfica. Si elige un hospicio y sigue pagando las primas, continuará siendo miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios suplementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una hospitalización cuando usted ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, puede ser considerado un "paciente ambulatorio".

Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA): si sus ingresos brutos ajustados modificados según lo informado en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años superan un cierto límite, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional a la prima. Esto afecta a menos del 5% de las personas que tienen Medicare, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima mayor.

Límite de cobertura inicial: límite máximo de la cobertura en la etapa de cobertura inicial.

Etapa 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, alcanzan los **$4,660**.

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. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su periodo de inscripción inicial es el periodo de siete meses que comienza tres meses antes del mes en el que cumple 65 años, incluye el mes en el que cumple 65 años y termina tres meses después del mes en el que cumple 65 años.

Plan Institucional de Necesidades Especiales (SNP): un plan que inscribe personas elegibles que residen continuamente o que se espera que residan continuamente durante 90 días o más en un centro de cuidado a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), SNF/NF, un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un centro psiquiátrico con hospitalización y/o centros aprobados por los CMS que brindan servicios médicos a largo plazo similares que están cubiertos por Medicare Parte A, Medicare Parte B o Medicaid, y cuyos residentes tienen necesidades y estado de cuidado de salud similares a los de los otros tipos de centros mencionados. Un Plan Institucional de Necesidades Especiales debe tener un contrato con (o ser propietario y operar) los centros de LTC específicos.

Plan Institucional Equivalente de Necesidades Especiales (SNP): un plan 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 a personas que residen en un centro de vida asistida (ALF) contratado si esto fuera necesario para asegurar la provisión constante de atención especializada.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o "lista de medicamentos"): una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte Ayuda Extra ("Extra Help").

Monto máximo de bolsillo: la cantidad máxima que usted paga de su bolsillo durante el año calendario para servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B dentro de la red. Los montos que usted paga por las primas de Medicare Parte A y Parte B, y por los medicamentos recetados no se computan para el monto máximo de bolsillo.

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 estatales de Medicaid varían, pero tendrá cobertura para la mayoría de los costos médicos si usted reúne los requisitos para Medicare y Medicaid.

Indicación médicamente aceptada: el uso de un medicamento que está autorizado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertas libros de referencia.

Médicamente 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.

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

Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage: el periodo desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener la cobertura de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este periodo, también puede inscribirse en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un periodo de 3 meses después de que el interesado comienza a ser elegible para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): en ocasiones denominado Medicare Parte C. Un plan que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle a usted todos los beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan Medicare Advantage puede ser i) un plan HMO, ii) un plan PPO, iii) un plan privado de cargo por servicio (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). 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**.

Plan de Costos de Medicare: es un plan operado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Plan Médico Competitivo (CMP) de acuerdo con un contrato de costos reembolsables en virtud de la sección 1876(h) de la ley.

Programa de Descuentos durante el Periodo sin Cobertura de Medicare: programa que brinda descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan llegado a la etapa de periodo sin cobertura y que todavía no reciben Ayuda Extra ("Extra Help"). Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes médicos de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. El término "servicios cubiertos por Medicare" no incluye los beneficios adicionales, como servicios dentales, de visión o de audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan médico de Medicare: un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarles los beneficios de Medicare Parte A y Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Planes de Necesidades Especiales, los programas de demostración/pilotos y los Programas de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D): seguro para ayudar a pagar medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros no cubiertos por Medicare Parte A y Parte B.

Póliza "Medigap" (seguro suplementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para cubrir las "brechas" en Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o "miembro del plan"): persona que tiene Medicare 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).

Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan encargado de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, reclamos y apelaciones.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene contrato con nuestro plan, donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos únicamente si los adquiere en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general que usamos para médicos, otros profesionales de cuidado de salud, hospitales y otros centros médicos que cuentan con licencia o certificación de Medicare y del Estado para brindar servicios médicos. Los "**proveedores de la red**" 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 miembros de nuestro plan. A los proveedores de la red también se los llama "proveedores del plan".

Beneficios suplementarios opcionales: beneficios no cubiertos por Medicare que pueden comprarse por una prima adicional y que no se incluyen en su paquete de beneficios. Debe optar por los beneficios suplementarios opcionales de forma voluntaria para obtenerlos.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o los servicios están cubiertos o sobre cuánto debe pagar usted por artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura" en este documento.

Medicare Original ("Medicare tradicional" o Medicare de "cargo por servicio"): es un plan ofrecido por el Gobierno. No es un plan médico privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado médico montos que fija el Congreso. Puede visitar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado médico que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare, y usted paga su parte. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos para miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que recibe de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, no pertenecen ni son operados por nuestro plan.

Gastos de bolsillo: consulte la definición de "costos compartidos" más arriba. El requisito de costos compartidos del miembro, por el cual debe pagar una parte de los servicios o medicamentos que recibe, también se denomina requisito de "gastos de bolsillo" del miembro.

Plan PACE: un plan del Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE) combina servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo (LTC) para personas débiles, a fin de 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. Las personas inscritas en planes PACE reciben los beneficios tanto de Medicare como de Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte "Plan Medicare Advantage (MA)".

Parte D: el programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

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. El Congreso ha excluido determinadas categorías de medicamentos de la cobertura de medicamentos de la Parte D. Todos los planes deben cubrir determinadas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía a la Parte D: monto que se agrega a la prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si usted se queda sin cobertura acreditable (cobertura que debería pagar, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un periodo de 63 días consecutivos o más luego de que usted comienza a ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D.

Costos compartidos preferidos: costos compartidos preferidos significa costos compartidos más bajos para ciertos medicamentos de la Parte D cubiertos en determinadas farmacias de la red.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado brindar tratamiento a los miembros del plan por un monto especificado. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan tanto si se reciben de proveedores de la red como de proveedores fuera de la red. Los costos compartidos para el miembro generalmente serán mayores cuando se reciban los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes 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).

Prima: el pago periódico a Medicare, una compañía de seguro o un plan de salud por cobertura médica o de medicamentos recetados.

Médico de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor que usted visita en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes médicos de Medicare, usted debe visitar a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de cuidado médico.

Autorización previa: aprobación antes de recibir servicios o determinados medicamentos. En el cuadro de beneficios del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa aparecen en el formulario con una marca.

Prótesis y ortótica: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; prótesis oculares y dispositivos prostéticos para reemplazar partes o funciones corporales internas, como suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): grupo de médicos practicantes y otros expertos en cuidado de salud a quienes el Gobierno federal paga para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare.

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.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del lenguaje y del habla, y terapia ocupacional.

Área de servicio: un área geográfica donde debe vivir para unirse a un plan médico particular. 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 debe cancelar su inscripción si usted se muda de manera permanente fuera del área de servicio del plan.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): cuidado especializado de enfermería y servicios de rehabilitación prestados de manera continua, todos los días, en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención son la fisioterapia o las inyecciones intravenosas, que solo pueden suministrar un enfermero registrado o un médico.

Periodo de inscripción especial: un tiempo establecido en el cual un miembro puede cambiar de planes médicos o de medicamentos, o regresar a Medicare Original. Las situaciones en las que puede ser elegible para un periodo de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe Ayuda Extra ("Extra Help") con los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a un hogar de ancianos o si no cumplimos nuestro contrato con usted.

Plan de Necesidades Especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona cuidado de salud más centrado en 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.

Costos compartidos estándar: son costos compartidos diferentes a los costos compartidos preferidos que se ofrecen en una farmacia de la red.

Terapia escalonada: una herramienta de uso que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que puede haber recetado inicialmente su 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.

Servicios de urgencia: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, prestados cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente, o cuando el inscrito está fuera del área de servicio. Por ejemplo, si necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben necesitarse de inmediato y ser médicamente necesarios.

HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) Servicios para Miembros

Medio	Servicios para Miembros: información de contacto
TELÉFONO	1-877-336-2069 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad). Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes (excepto los días feriados nacionales). Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación 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. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad). Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes (excepto los días feriados nacionales).
FAX	305-448-5783
CORREO	9250 W Flagler Street Suite 600, Miami, FL 33174
SITIO WEB	www.HealthSun.com

Asistencia de Necesidades de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHINE) (SHIP de Florida)

El SHINE es un programa estatal que recibe fondos del Gobierno federal para brindar consejería sobre el seguro de salud local sin costo a personas con Medicare.

Medio	Asistencia de Necesidades de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHINE) (SHIP de Florida): información de contacto
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.
CORREO	4040 Esplanade Way Suite 270, Tallahassee, FL 32399 O bien, envíe un fax al 850-414-2150 o un correo electrónico a information@elderaffairs.org.
SITIO WEB	www.floridashine.org

Declaración de divulgación de la PRA *De conformidad con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, nadie estará obligado a responder a una solicitud de recolección de información a menos que se identifique con un número de control válido de la 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, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*