



Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de cobertura:

Los beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura para atención médica y medicamentos con receta de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas acerca de este documento, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto días feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.

Este plan, HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO), es ofrecido por HealthSun Health Plans. (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos”, o “nuestro/a”, significa HealthSun Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)).

Este documento está disponible en forma gratuita en inglés.

Este documento está disponible en braille, en tamaño de letra grande y en audio. Para solicitar este documento en un formato alternativo, llame a Servicios para los miembros al teléfono impreso en la portada de este documento.

Los beneficios y/o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a las personas inscritas afectadas sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

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

- La prima del plan y el costo compartido.
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta.
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
- Cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita más ayuda.
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Evidencia de cobertura de 2024

Índice

CAPÍTULO 1	<i>Primeros pasos como miembro</i>	7
SECCIÓN 1	Introducción	7
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?	8
SECCIÓN 3	Materiales importantes para miembros que recibirá	9
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales para HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)	11
SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual	14
SECCIÓN 6	Mantener actualizado su registro de miembro del plan	15
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	16
CAPÍTULO 2	<i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	19
SECCIÓN 1	Contactos de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios para los miembros)	19
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	25
SECCIÓN 3	Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....	27
SECCIÓN 4	Organización para la mejora de la calidad.....	28
SECCIÓN 5	Seguro Social	29
SECCIÓN 6	Medicaid	29
SECCIÓN 7	Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta	31
SECCIÓN 8	Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios	35
SECCIÓN 9	¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador?	36
CAPÍTULO 3	<i>Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos</i>	38
SECCIÓN 1	Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan.....	38
SECCIÓN 2	Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica.....	40
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre.....	45
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?	47

SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?.....	48
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica.....	50
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipo médico duradero	51
CAPÍTULO 4	<i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)</i>	54
SECCIÓN 1	Cómo comprender los gastos de bolsillo por los servicios cubiertos	54
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponde pagar.....	55
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	106
CAPÍTULO 5	<i>Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D.....</i>	112
SECCIÓN 1	Introducción.....	112
SECCIÓN 2	Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan.....	112
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan.....	116
SECCIÓN 4	Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos	119
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?.....	121
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?	124
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?.....	126
SECCIÓN 8	Obtener un medicamento con receta.....	128
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....	128
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos	130
CAPÍTULO 6	<i>Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D.....</i>	134
SECCIÓN 1	Introducción.....	134
SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de los medicamentos en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento	137
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra.....	137
SECCIÓN 4	No hay deducible para HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO).....	139

SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte.....	139
SECCIÓN 6	Costos en la Etapa del periodo sin cobertura.....	145
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la totalidad del costo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.....	146
SECCIÓN 8	Información de beneficios adicionales.....	146
SECCIÓN 9	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene	146
CAPÍTULO 7	<i>Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.....</i>	150
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos.....	150
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.....	152
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no.....	153
CAPÍTULO 8	<i>Sus derechos y responsabilidades.....</i>	155
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades interculturales como miembro del plan.....	155
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	161
CAPÍTULO 9	<i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....</i>	164
SECCIÓN 1	Introducción.....	164
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	164
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?.....	165
SECCIÓN 4	Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones....	166
SECCIÓN 5	Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura.....	169
SECCIÓN 6	Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	178
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto.....	188
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.....	195
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....	202

SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	205
CAPÍTULO 10	<i>Cancelación de su membresía en el plan</i>	210
SECCIÓN 1	Introducción a cómo cancelar su membresía en nuestro plan.....	210
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	210
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....	213
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.....	214
SECCIÓN 5	HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones.....	214
CAPÍTULO 11	<i>Avisos legales</i>	217
SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes.....	217
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	217
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare ...	218
CAPÍTULO 12	<i>Definiciones de palabras importantes</i>	226

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 recibir atención médica y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan, HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO). Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan difieren de Medicare Original.

HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Health Maintenance Organization, Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y cuidado de salud de bajo costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de impuestos internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Sección 1.2 ¿De qué trata el documento *Evidencia de cobertura*?

Este documento *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener atención médica y medicamentos con receta. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que usted paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos *cobertura* y *servicios cubiertos* hacen referencia a la atención, los servicios médicos y los medicamentos con receta a su disposición como miembro de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO).

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que dedique un tiempo a leer este documento sobre la *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

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

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) después del 31 de diciembre de 2024. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan cada año solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

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

- Tenga tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B.
- -- y -- viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.2, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, aun si se encuentran físicamente en esta área.
- -- y -- sea ciudadano estadounidense o resida legalmente en los Estados Unidos.

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

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

Nuestra área de servicio incluye el condado de Miami-Dade en Florida.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Por favor, comuníquese con Servicios para los miembros para ver si tenemos un plan en su nueva área. Al mudarse, tendrá un Periodo de inscripción especial que le permitirá cambiar a Medicare Original o inscribirse en un plan de Medicare de salud o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

También es importante que usted llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Encontrará los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.



Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) si no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros que recibirá

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:

	
Name:	
DOB:	
Member ID:	RXBIN: 020115
Effective:	RXPCN: IS
Plan:	RXGROUP:RX8446
PCP:	
PCP ID:	PCP: \$0 copay
PCP Phone:	Specialist: \$0 copay
CMS H5431	

IN EVENT OF EMERGENCY GO TO NEAREST FACILITY	
Member Services	(877) 336-2009, TTY (877) 206-0500
Provider Services	(877) 999-7776
Pharmacy Helpdesk	(833) 377-4256, TTY 711
Hospital Admissions	(877) 999-7776
Claims Mailing Address	Attn: Claims Department HealthSun Health Plans Inc. PO BOX 211154 Eagan, MN 55121-2554
Contact Member Services for details on what you pay for specialist physician services. All services must be pre-approved with the exception of emergency or urgently needed services and out-of-area dialysis. LabCorp is the exclusive laboratory provider for HealthSun Health Plans.	
Issue Date: mm/dd/yyyy	
www.healthsun.com	

NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en vez de la tarjeta de miembro de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO), es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también denominados ensayos clínicos.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los miembros para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 *Directorio de proveedores y farmacias*

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera los proveedores de nuestra red, farmacias, y los proveedores de equipo médico duradero actuales. **Los proveedores dentro de la red** son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales, y otros establecimientos que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar pagos de parte de usted y cualquier costo compartido del plan como pago en su totalidad.

Usted debe hacer uso de proveedores dentro de la red para obtener su atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la autorización adecuada, tendrá que pagar el costo total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores y prestadores de servicios está disponible en nuestro sitio web en www.healthsun.com.

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

El *Directorio de proveedores y farmacias* también le indicará qué farmacias de nuestra red tienen un costo compartido preferido, que puede ser inferior al costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede obtener una copia (electrónicamente o impresa) a través de Servicios para los miembros. Las solicitudes de copias impresas del *Directorio de proveedores/farmacias* se enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles.

También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.healthsun.com.

Sección 3.3 *La Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan*

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO). El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la 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 existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la “Lista de medicamentos”. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan en www.healthsun.com o llamar a Servicios para los miembros.

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

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de Medicare Parte B (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)

Sección 4.1 Prima del plan

No es necesario que pague por separado la prima mensual del plan HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO).

Sección 4.2 Prima mensual de Medicare Parte B

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Como miembro de nuestro plan, usted es elegible para recibir una reducción de su prima de Medicare Parte B de hasta \$164.90. La reducción la establece Medicare y la administra la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA). Según sea la manera en la que usted paga su prima de Medicare Parte B, su reducción se puede acreditar al cheque de su Seguro Social o a su estado de cuenta de la prima de Medicare Parte B. Es posible que las reducciones demoren varios meses en emitirse. No obstante, usted recibirá un crédito completo por la reducción de la prima.

Esté al tanto de que, si cancela su inscripción en HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) su reducción de la prima de la Parte B terminará en la fecha de entrada en vigencia de la cancelación de su inscripción. Es posible que la Administración del Seguro Social demore varios meses para completar el procesamiento necesario. Si su Parte B se deduce automáticamente de su cheque mensual del Seguro Social, cualquier reducción que reciba después de la fecha de entrada en vigencia de la cancelación de la inscripción se deducirá de sus siguientes cheques mensuales del Seguro Social.

Debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A, que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

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

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

Usted **no** tendrá que pagar si:

- Recibe Ayuda Extra (“Extra Help”) de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar por carta o se la puede incluir en un boletín informativo del plan. Conserve esta información porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.
 - **Nota:** cualquier aviso debe indicar que usted tenía una cobertura para medicamentos con receta acreditable que se preveía que pagaría el mismo monto que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare.
 - **Nota:** las siguientes *no* son una cobertura para medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. Esta es la manera en que funciona:

- Si estuvo 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos que usted no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes que usted no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare del año anterior en la nación. Para 2024, el monto promedio de la prima es de \$34.70.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por \$34.70, que es igual a \$4.86. Esto se redondea a \$4.90. Este monto se agregará **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres aspectos importantes que hay que tener en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de Medicare Parte D, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reajustará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después de su periodo de inscripción inicial para unirse a Medicare debido a su edad.

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

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos miembros tengan que pagar un monto adicional, conocido como Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA. Este monto adicional se calcula a partir de los ingresos brutos ajustados modificados que figuran en su declaración de impuestos de hace 2 años. Si esta cantidad es superior a una cantidad determinada, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que le informará de cuánto será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de jubilación para ferroviarios o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios

no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Deberá pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional, se cancelará su inscripción al plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

Si no está de acuerdo con el pago de un monto adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, póngase en contacto con el Seguro Social llamando 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 de la Parte D, existen varias formas de pagar la multa
--

Existen dos maneras formas de pagar la multa. Si desea cambiar a otra opción de pago, llame a Servicios para los miembros.

Opción 1: pagar con cheque

Usted recibirá una factura anual para su multa por inscripción tardía de la Parte D del plan. Tiene la opción de pagar anual o mensualmente. **Envíe el pago por correo después de recibir la factura anual o antes del último día de cada mes a la siguiente dirección:**

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

Haga el cheque a nombre de HealthSun Health Plans. Puede llamar a Servicios para los miembros para obtener más información sobre cómo pagar su multa con cheque. (Los números de teléfono del departamento de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

Opción 2: hacer que la multa por inscripción tardía de la Parte D se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social

Cambiar la forma en que paga su multa por inscripción tardía en la Parte D. Si decide cambiar la forma de pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la multa por inscripción tardía en la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, llame a Servicios para los miembros.

Qué puede hacer si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D

El pago de su multa por inscripción tardía de la Parte D debe presentarse en nuestra oficina después de que haya recibido su factura mensual. Si opta por pagar mensualmente, el pago deberá efectuarse antes del último día del mes.

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

Sección 5.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?

No. No podemos cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año que viene se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la debe, o que tenga que empezar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto puede ocurrir si resulta ser elegible para el programa de Ayuda Extra (“Extra Help”) o si pierde su elegibilidad para el programa de Ayuda Extra (“Extra Help”) durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y resulta ser elegible para la Ayuda Extra (“Extra Help”) durante el año, podría dejar de pagar su multa.
- Si pierde la Ayuda Extra (“Extra Help”), es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta o de la Parte D.

En el Capítulo 2, Sección 7 encontrará más información sobre el programa de Ayuda Extra (“Extra Help”).

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de miembro del plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan, incluso su proveedor de atención primaria (PCP).

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y los montos de costo compartido.** Es por ello por lo que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja, compensación laboral o Medicaid)
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico
- Si fue ingresado en un hogar de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentra fuera del área de cobertura o fuera de la red
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador)
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** no está obligado a informarle a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo alentamos a que lo haga)

Si hay algún cambio en su información, llame a Servicios para los miembros. También puede iniciar sesión en el portal de miembros de HealthSun para actualizar cualquier cambio en su dirección, correo electrónico o número telefónico.

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. 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 le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. A esto se lo denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicios para los miembros. Es posible que tenga que presentar a sus otros seguros su número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina pagador principal y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado pagador secundario, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas aplican para la cobertura del plan de salud grupal de un sindicato o empleador:

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

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)
- Beneficios de neumoconiosis
- Compensación laboral

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que Medicare, los planes de salud 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 ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios para los miembros)

Cómo puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros de nuestro plan

Para obtener ayuda con los reclamos o facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para los miembros de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO). Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
LLAME A	1-877-336-2069 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto días feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre. Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-877-206-0500 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto días feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	1-305-448-5783
ESCRIBA A	HealthSun Health Plans Member Services 9250 W. Flagler Street, Suite 600 Miami, FL 33174
SITIO WEB	www.healthsun.com

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos con receta de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o sus medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o

apelaciones sobre su atención médica, o sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Decisiones de cobertura para atención médica: información de contacto
LLAME A	1-877-336-2069 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, abrimos los siete días de la semana (cerramos el Día de Acción de Gracias y en Navidad). Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes (cerramos los días festivos a nivel federal).
TTY	1-877-206-0500 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, abrimos los siete días de la semana (cerramos el Día de Acción de Gracias y en Navidad). Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes (cerramos los días festivos a nivel federal).
FAX	1-305-448-5783
ESCRIBA A	HealthSun 9250 W. Flagler Street, Suite 600 Miami, FL 33174
SITIO WEB	www.healthsun.com

Método	Decisiones de cobertura para sus medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME A	1-877-336-2069 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre.

Método	Decisiones de cobertura para sus medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
TTY	<p>1-877-206-0500</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre.</p>
FAX	1-844-430-1705
ESCRIBA A	<p>HealthSun Health Plans</p> <p>Attention: Part D Department</p> <p>9250 W. Flagler Street, Suite 600</p> <p>Miami, FL 33174</p>
SITIO WEB	www.healthsun.com

Método	Apelaciones sobre la atención médica: información de contacto
LLAME A	<p>1-877-336-2069</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo abrimos los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y el día de Navidad). Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes (cerramos los días feriados a nivel federal).</p>
TTY	<p>1-877-206-0500</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, abrimos los siete días de la semana (cerramos el Día de Acción de Gracias y en Navidad). Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes (cerramos los días festivos a nivel federal).</p>
FAX	1-877-589-3256

Método	Apelaciones sobre la atención médica: información de contacto
ESCRIBA A	HealthSun Grievance & Appeals 9250 W. Flagler Street, Suite 600 Miami, FL 33174
SITIO WEB	https://healthsun.com/for-members/appeals-grievances/

Método	Apelaciones sobre medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME A	1-877-336-2069 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	1-877-206-0500 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 24 horas del día, los siete días de la semana.
FAX	1-877-589-3256
ESCRIBA A	HealthSun Grievance & Appeals 9250 W. Flagler Street, Suite 600 Miami, FL 33174
SITIO WEB	www.healthsun.com

Cómo puede comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre su atención médica o sus medicamentos con receta de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica o sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Quejas sobre la atención médica o sus medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME A	1-877-336-2069 Las llamadas a este número son gratuitas. 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, abrimos los siete días de la semana (cerramos el Día de Acción de Gracias y en Navidad). Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes.
TTY	1-877-206-0500 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, abrimos los siete días de la semana (cerramos el Día de Acción de Gracias y en Navidad). Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes (cerramos los días festivos a nivel federal).
FAX	1-877-589-3256
ESCRIBA A	HealthSun Grievance & Appeals 9250 W. Flagler Street, Suite 600 Miami, FL 33174
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) directamente a Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibí

Si usted ha recibido una factura o ha pagado servicios (como la factura de un proveedor) que usted considera que debemos pagar, es posible que deba pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura de un proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta lo siguiente: si nos envía una solicitud de pago y le rechazamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Solicitudes de pago para atención médica: información de contacto
LLAME A	<p>1-877-336-2069</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto días feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre.</p>
TTY	<p>1-877-206-0500</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto días feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre.</p>
ESCRIBA A	<p>HealthSun</p> <p>9250 W Flagler Street, Suite 600</p> <p>Miami, FL 33174</p>
SITIO WEB	<p>www.healthsun.com</p>

Método	Solicitudes de pago para medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME A	<p>1-877-336-2069</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto días feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre.</p>
TTY	<p>1-877-206-0500</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto días feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre.</p>
FAX	<p>1-401-652-1911</p>

Método	Solicitudes de pago para medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
ESCRIBA A	CarelonRx Claims Department - Part D Services P.O. Box 52077 Phoenix, AZ 85072-2077 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 federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados CMS). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
LLAME A	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB	<p data-bbox="422 331 673 363">www.medicare.gov</p> <p data-bbox="422 384 1437 651">Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado.</p> <p data-bbox="422 682 1437 756">El sitio de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul data-bbox="470 787 1437 1144" style="list-style-type: none"><li data-bbox="470 787 1437 892">• Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad de Medicare): brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.<li data-bbox="470 913 1437 1144">• Medicare Plan Finder (Localizador de planes de Medicare): brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un valor <i>estimativo</i> de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. <p data-bbox="422 1165 1437 1239">También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO):</p> <ul data-bbox="470 1260 1437 1491" style="list-style-type: none"><li data-bbox="470 1260 1437 1491">• Informe a Medicare sobre su queja: puede presentar una queja sobre HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. <p data-bbox="422 1512 1437 1774">Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar al sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

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

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, el SHIP se llama Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE).

Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) es un programa estatal independiente (que no tiene relación con ninguna empresa de seguros ni plan de salud) que obtiene fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) también pueden ayudarlo con preguntas o problemas relacionados con Medicare y ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (Haga clic en SHIP LOCATOR (LOCALIZADOR DE SHIP) a mitad de la página).
- Elija su **ESTADO (STATE)** en la lista. Esto lo llevará a una página que tiene los números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE): información de contacto
LLAME A	1-800-96-ELDER (1-800-963-5337) 8 a. m. a 5 p. m. hora local, de lunes a viernes.
TTY	1-800-955-8770 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	SHINE Program, Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000
SITIO WEB	http://www.floridashine.org/

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

En cada estado hay una organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. Para Florida, la organización para la mejora de la calidad se llama KEPRO - Florida's Quality Improvement Organization.

KEPRO - Florida's Quality Improvement Organization tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes Medicare les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. KEPRO - Florida's Quality Improvement Organization es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con KEPRO - Florida's Quality Improvement Organization:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de atención médica a domicilio, los servicios en centros de atención de enfermería especializada o los servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finalizan demasiado pronto.

Método	KEPRO - Florida's Quality Improvement Organization (Organización para la mejora de la calidad): información de contacto
LLAME A	1-888-317-0751 1-813-280-8256 9 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes; los fines de semana y feriados, de 11 a. m. a 3 p. m. hora local.
TTY	711
ESCRIBA A	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	https://www.keproqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

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

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME A	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de ahorros de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para recibir beneficios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para recibir beneficios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con Florida Medicaid. Puede ponerse en contacto con el Departamento de niños y familias para obtener información acerca de Medicaid.

Método	Departamento de niños y familias (Department of Children and Families): Información de contacto
LLAME A	850-300-4323 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del este.
TTY	1-800-955-8771 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
FAX	1-866-886-4342
ESCRIBA A	ACCESS Central Mail Center P.O. Box 1770, Ocala, FL 34478-1770
SITIO WEB	https://www.myflfamilies.com/medicaid/

Método	Florida Medicaid: información de contacto
LLAME A	1-888-419-3456 1-850-412-4000 8 a. m. a 5 p. m. hora del Este (ET), de lunes a viernes
TTY	1-800-955-8771 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Agency for Health Care Administration 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308
SITIO WEB	http://ahca.myflorida.com/Medicaid/index.shtml

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta

El sitio web de Medicare.gov (<https://www.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 los costos de sus medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de asistencia, que se describen a continuación.

Programa "Ayuda Extra" ("Extra Help") de Medicare

Medicare ofrece "Ayuda Extra" ("Extra Help") para pagar los costos de los medicamentos con receta a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su auto. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos con receta. Esta "Ayuda Extra" también cuenta para los gastos de bolsillo.

Si usted califica automáticamente para la "Ayuda Extra", Medicare le enviará una carta. No tendrá que aplicar. Si no califica automáticamente, es posible que pueda obtener "Ayuda Extra" para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta. Para saber si reúne los requisitos para recibir "Ayuda Extra", llame:

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

Si cree que reúne los requisitos para recibir "Ayuda Extra" ("Extra Help") y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando una cantidad incorrecta correspondiente al costo compartido, nuestro plan tiene un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

- Si tiene documentación que respalde que hemos aplicado un nivel de subsidio por bajos ingresos incorrecto a su cuenta, comuníquese con el departamento de Servicios para los miembros para obtener instrucciones sobre cómo presentar esta documentación de respaldo. Una vez que hayamos recibido documentación de respaldo válida, nuestro sistema de registro se actualizará en un plazo de un (1) día laborable a partir de la recepción de la documentación. Aplicaremos la información correcta del subsidio por bajos ingresos a su cuenta para que usted pueda obtener sus medicamentos con receta al nivel de costo compartido apropiado. También enviaremos una solicitud a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) para solicitarles que corrijan la información del subsidio por bajos ingresos almacenada en su sistema. Una vez que los CMS procesen la solicitud, nos enviarán una notificación para informarnos que su nivel de copago se ha corregido, y procederemos a actualizar nuestro sistema para que usted pueda continuar pagando el copago correcto cuando obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia.

- HealthSun Health Plans aceptará cualquiera de los siguientes tipos de pruebas de un miembro, de un farmacéutico, defensor, representante o integrante de la familia del miembro, o de otra persona que actúe en nombre del miembro a fin de establecer que un miembro califica para Ayuda Extra (“Extra Help”) debido a su estado de bajos ingresos:
 - Una copia de la tarjeta de Medicaid del miembro, que incluye el nombre del miembro y la fecha de elegibilidad durante un mes después de junio del año calendario anterior;
 - Una copia de un documento estatal que confirme el estado activo de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior;
 - Una impresión del archivo de inscripción electrónica estatal que muestre el estado de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior;
 - Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado, que muestre el estado de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior;
 - Una carta de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA), que muestre que la persona recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI); o,
 - Una solicitud presentada por un miembro considerado elegible, que confirme que el miembro es “...elegible automáticamente para Ayuda Extra (“Extra Help”)...” o
- HealthSun Health Plans aceptará cualquiera de los siguientes tipos de pruebas de un miembro, de un farmacéutico, defensor, representante o integrante de la familia del miembro, o de otra persona que actúe en nombre del beneficiario a fin de establecer que un miembro califica para Ayuda Extra (“Extra Help”) debido a que se encuentra institucionalizado o es una persona que recibe Servicios a domicilio y en la comunidad (Home and Community Based Services, HCBS).
 - Un comprobante del centro que muestre el pago de Medicaid por un mes calendario completo para esa persona durante un mes después de junio del año calendario anterior;
 - Copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid al centro en nombre de la persona por un mes calendario completo después de junio del año calendario anterior;
 - Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado, que muestre el estado de la persona a nivel institucional, sobre la base de una estadía de al menos un mes calendario completo para fines de pago de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.
 - Aviso de acción, Aviso de determinación o Aviso de inscripción emitidos por el estado, donde se incluya el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad para los HCBS durante un mes después de junio del año calendario anterior;

- Plan de servicio de HCBS aprobado por el estado, que incluya el nombre del beneficiario y una fecha de entrada en vigencia que comience en el transcurso de un mes después de junio del año calendario anterior;
 - Carta de aprobación de autorización previa emitida por el estado para los HCBS, que incluya el nombre del beneficiario y una fecha de entrada en vigencia que comience en el transcurso de un mes después de junio del año calendario anterior;
 - Otra documentación proporcionada por el estado, que muestre el estado de elegibilidad respecto de los HCBS durante un mes después de junio del año calendario anterior; o,
 - Documento emitido por el estado, como un documento comprobante del envío del pago, que confirme el pago por los HCBS, incluido el nombre del beneficiario y las fechas de los HCBS.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si su copago es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros.

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?

¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de Medicare Parte D que también están en el formulario ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta por medio del Florida AIDS Drug Assistance Program (ADAP).

Nota: para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de planes, notifique a su trabajador de inscripción en el ADAP de manera que usted pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse al programa, llame a Florida AIDS Drug Assistance Program (ADAP).

Método	Florida AIDS Drug Assistance Program (ADAP)
LLAME A	1-800-352-2437 (1-800-FLA-AIDS) inglés 1-800-545-7432 (1-800-545-SIDA) español 1-844-381-2327 ADAP Help Desk 1-800-352-2437 8 a. m. a 5 p. m. hora local, de lunes a viernes
TTY	711 1-888-503-7118 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	HIV/AIDS Section 4052 Bald Cypress Way Tallahassee, FL 32399
SITIO WEB	http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/index.html

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios

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

Método	Junta de jubilación para ferroviarios: información de contacto
LLAME A	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, podrá hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB), de 9:00 a. m. a 3:00 p. m., de lunes a viernes. La RRB no atiende en los días feriados federales. Si presiona “1”, podrá tener acceso a la línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB las 24 horas del día, incluso los fines de semana y días feriados.

Método	Junta de jubilación para ferroviarios: información de contacto
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o a Servicios para los miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el periodo de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho). (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran 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 su cobertura de Medicare conforme a este plan.

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

CAPÍTULO 3:

*Cómo utilizar el plan para
obtener servicios médicos*

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica cubierta. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos con receta y otros servicios de atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted del costo de dicha atención, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*).

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

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y el monto de su costo compartido como pago total. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la tabla de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por su plan

Como un plan de salud 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.

HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** 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 de buena práctica médica aceptados.

- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red, que brinda y supervisa su atención.** Como miembro de su plan, usted 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 las situaciones, su PCP de la red debe darle una aprobación por adelantado antes de consultar a otros proveedores de la red, como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se lo denomina darle una remisión. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. También hay otros tipos de cuidado que usted puede recibir sin tener la autorización previa de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *Existen tres excepciones:*
 - El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra y no hay especialistas en la red que puedan proporcionarle esta atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente pagaría dentro de la red. Usted debe obtener una autorización del plan antes de buscar atención. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo recibir aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 en este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o accesible temporalmente. El costo compartido que usted paga al plan por la diálisis nunca puede superar el costo compartido de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, el costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted decide obtener los servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

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

Sección 2.1 Usted debe elegir a un Proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde atención médica y la supervise

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

- Un PCP es un médico con licencia que cumple con los requerimientos estatales y está capacitado para brindarle la atención médica general. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indicará qué médicos pueden ser su PCP.
- Cuando usted se inscribe como miembro del plan, debe elegir un PCP para que le proporcione atención médica básica y la supervise. Es importante que usted mantenga una relación con su PCP, que le ofrecerá la mayor parte de su atención de rutina y también lo ayudará a obtener o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted recibe como miembro del plan.
- Para que pueda recibir otros servicios médicos y procedimientos o para consultar a un especialista, por lo general usted deberá tener una aprobación previa de su PCP (a esto se le denomina darle una "remisión"). Cuando su PCP considere que usted necesita un tratamiento especializado, le dará una remisión (aprobación por adelantado) para consultar a un especialista del plan. El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo.
- Es muy importante obtener una remisión (una aprobación por adelantado) de su PCP antes de consultar a un especialista del plan (hay también unas pocas excepciones, incluida la atención médica de rutina para las mujeres, que explicamos más adelante en esta sección). Si no tiene una remisión antes de recibir los servicios de un especialista, es posible que usted tenga que pagar la totalidad de estos servicios. En algunos casos, es posible que su PCP necesite obtener una autorización previa de parte del plan. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información sobre cuáles servicios requieren autorización previa.

¿Cómo elegir al PCP?

Puede elegir un PCP al momento en el que se inscribe en el plan. Puede ingresar la información del PCP en su solicitud de inscripción o puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros para elegir un PCP (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). Puede elegir un PCP del *Directorio de proveedores y farmacias* del plan o puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros y solicitar ayuda para encontrar un PCP. Si usted no elige un PCP al momento de la inscripción, elegiremos uno para usted. Comenzará con su PCP el 1er. día del mes siguiente al mes en el que se hizo la solicitud. También puede cambiar de PCP en cualquier momento (como se explica más adelante en esta sección). Si hay un especialista u hospital en particular que usted quiera usar, primero verifique si su PCP

remite a ese especialista o usa ese hospital. El nombre y número de teléfono del consultorio de su PCP están impresos en su tarjeta de miembro.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un nuevo PCP. Si cambia de PCP, es posible que esté limitado a especialistas u hospitales específicos a los que ese PCP remite.

Usted puede solicitar el cambio de su PCP llamando a Servicios para los miembros de HealthSun (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento). El cambio entrará en vigencia el primer día del siguiente mes de cuando llamó y habló con un representante de Servicios para los miembros de HealthSun para solicitar un nuevo PCP. Comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros si necesita cambiar de PCP. Si su PCP deja HealthSun Health Plans, se lo informaremos y le ayudaremos a cambiar a otro PCP para que pueda seguir recibiendo servicios cubiertos.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin una remisión de su PCP?

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

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre y cuando se obtengan de un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y la neumonía siempre y cuando se obtengan de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos o cuando la persona inscrita está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicios para los miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio.
- Servicios de ambulancia para atención de emergencia.

- Servicios dentales, siempre que los reciba de un proveedor de la red. Pueden aplicarse normas de autorización previa del plan.
- Servicios de dermatología, para visitas al consultorio y procedimientos y pruebas menores, siempre que los obtenga de un proveedor de la red (se requerirá una remisión después de las primeras cinco visitas al consultorio en un periodo de 12 meses).
- Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME), calzado o plantillas terapéuticas para diabéticos y suministros para diabéticos como glucómetros, tiras reactivas para análisis de sangre y lancetas. Pueden aplicarse normas de autorización previa del plan.
- Audífonos y adaptación/evaluación de audífonos.
- Educación sobre la enfermedad renal. Consulte la Tabla de beneficios médicos para obtener más información en la Sección 2.1 del Capítulo 4 bajo Servicios para tratar la enfermedad renal.
- Medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare. Pueden aplicarse normas de autorización previa para ciertos medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare.
- Artículos de venta libre (Over the Counter, OTC) aprobados por el plan. Consulte la Tabla de beneficios médicos para obtener más información en la Sección 2.1 del Capítulo 4.
- Servicios de podiatría siempre que los reciba de un proveedor de la red. Pueden aplicarse normas de autorización previa del plan.
- Dispositivos protésicos y otros suministros médicos. Pueden aplicarse normas de autorización previa del plan.
- Atención de la vista, como el examen de rutina de la vista y anteojos (anteojos y lentes de contacto). Consulte la Tabla de beneficios médicos para obtener más información en la Sección 2.1 del Capítulo 4.
- Ciertos servicios preventivos cubiertos por Medicare siempre que los reciba de un proveedor de la red. Estos incluyen, entre otros, pruebas de detección de glaucoma, formación para el autocontrol de la diabetes, enemas de bario, tacto rectal y electrocardiograma tras la consulta de bienvenida. Consulte la Tabla de beneficios médicos para obtener más información en la Sección 2.1 del Capítulo 4.
- Ciertos beneficios complementarios siempre que los reciba de un proveedor de la red. Consulte la Tabla de beneficios médicos para obtener más información en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

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

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.

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

Cuando su PCP considere que usted necesita un tratamiento especializado, le remitirá a un especialista del plan. Es muy importante obtener una remisión (aprobación por adelantado) de su PCP antes de acudir a un especialista del plan o a otros proveedores determinados.

Si el especialista quiere que usted vuelva para recibir más atención, compruebe primero que la remisión (aprobación por adelantado) que obtuvo de su PCP para la primera consulta cubra más consultas con el especialista. Si no tiene una remisión antes de recibir los servicios de un especialista, es posible que tenga que pagar usted mismo estos servicios.

En algunos casos, su PCP puede necesitar la aprobación por adelantado del plan (lo que se denomina “autorización previa”). Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa.

Si desea utilizar un especialista de la red del plan en particular, averigüe si su PCP envía pacientes a este especialista. Por lo general, usted puede cambiar de PCP en cualquier momento si desea consultar a un especialista del plan al que su PCP actual no le envía pacientes. Si desea acudir a un hospital de la red del plan en particular, primero debe averiguar si su PCP o los médicos que le atienden utilizan este hospital. Si le remiten o cree que necesita utilizar un proveedor que no está en nuestro plan, debe llamarnos para obtener la aprobación antes de recibir atención médica.

Puede ser necesaria una autorización previa para determinados servicios (consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa). Puede solicitar autorización al plan. Usted o su proveedor pueden preguntar al plan, antes de que se preste un servicio, si el plan lo cubrirá. Usted o su proveedor pueden solicitar que esta determinación se haga por escrito. Este proceso se llama determinación anticipada. Si decimos que no cubriremos sus servicios, usted o su proveedor tienen derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. El Capítulo 9 (Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)) tiene más información sobre qué hacer si quiere que tomemos una decisión de cobertura o quiere apelar una decisión que ya hemos tomado.

Si no dispone de una determinación anticipada, también puede obtener autorización de un proveedor de la red que remita a una persona inscrita a un especialista fuera de la red del plan para recibir un servicio; siempre que dicho 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 participar en el plan?

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

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor deja nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
 - Si su proveedor de atención médica primaria o de salud conductual deja el plan, se lo notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja el plan, se lo notificaremos si usted está asignado a ese proveedor, recibe actualmente atención de él o lo ha visitado en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda tener acceso para recibir atención continuada.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que continúe recibiendo el tratamiento o terapias médicamente necesarios.
- Le informaremos sobre los distintos periodos de inscripción que tiene a su disposición y las opciones que tiene para cambiar de plan.
- Nos ocuparemos de cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero al costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Se requiere autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, un reclamo de calidad de la atención ante el plan, o ambas opciones. Consulte el Capítulo 9.

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

Cuando los proveedores de servicios especializados no están disponibles en nuestra red o si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar esta atención, puede obtener una autorización previa del plan para obtener esta atención de un proveedor fuera de la red. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red, siempre que tenga la autorización previa del plan. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, hable con su PCP o llame al plan (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

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

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

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

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica

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

Una **emergencia médica** ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida del hijo no nacido), una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Si usted tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. *No* necesita obtener primero la aprobación o una remisión de su proveedor de atención primaria (PCP). *No* necesita usar un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos, sus territorios o en todo el mundo, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no es parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona debe llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, normalmente en un plazo de 48 horas. Llame a Servicios para los miembros al número que figura en el reverso de su tarjeta de miembro del plan.

¿Qué cobertura tiene en el caso de una emergencia médica?

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

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

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Sus médicos seguirán tratándolo hasta que sus médicos se comuniquen con nosotros y se planifique la atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento.

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

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

Algunas veces, puede resultar difícil saber si se trata de una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

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

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- *O bien*, la atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las normas para obtener esta atención de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 más abajo).

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

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio de urgencia es una situación que no es de emergencia y requiere atención médica inmediata, pero, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia proporcionados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son: i) un dolor de garganta intenso que ocurre durante el fin de semana, o ii) un brote imprevisto de una condición conocida cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

Para tener acceso a los servicios que se necesitan con urgencia, debe comunicarse con su PCP para recibir instrucciones o comunicarse con el plan para encontrar un centro de atención de urgencia en nuestra red cerca de usted. Para cualquier otra pregunta con respecto a los servicios que se necesitan con urgencia,

llame al Departamento de Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento).

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo, fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias: si se encuentra de viaje fuera de los Estados Unidos por menos de seis meses, los servicios son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia y los presta un proveedor calificado para prestar servicios de atención de urgencia y de emergencia. Los medicamentos con receta que se adquieren fuera del país no están cubiertos incluso si se trata de atención de urgencia o de emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

Visite el siguiente sitio web: www.healthsun.com para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos

Si pagó más que el costo compartido de su plan por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué debe hacer.

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total

HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no

cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no estaba autorizado, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de los servicios que recibe después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Cuando haya alcanzado el límite del beneficio, los costos que usted paga no se tomarán en cuenta para el 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 un *ensayo clínico*) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare típicamente solicitan que voluntarios participen en el estudio.

Una vez que Medicare aprueba el estudio, y usted expresa su interés, alguien que trabaja para el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si usted cumple con los requisitos que han establecido los científicos que están a cargo del estudio. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos para dicho estudio y usted comprenda por completo y acepte lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos informa que está en un estudio clínico calificado, entonces usted solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios que se proporcionan en ese estudio. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, necesitará proporcionar documentación en la que se indique cuánto pagó. Cuando usted está en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y recibir, a través de nuestro plan, el resto de su atención médica (aquella atención médica que no está relacionada con el estudio).

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que el plan ni su PCP lo aprueben. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que es responsable nuestro plan que incluyen, como componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio. Esto incluye ciertos beneficios especificados bajo determinaciones de cobertura nacional (NCD) y ensayos de dispositivos de investigación (IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica cubierto por Medicare Original para personas inscritas en Medicare Advantage, le invitamos a que nos informe, por adelantado, si es que elige participar en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare.

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

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

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

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

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

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar \$20 como su parte de los costos para este análisis según Medicare Original, pero el análisis sería de \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría los \$20 de copago requeridos por Medicare Original. Luego, notificaría a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación, como una factura del proveedor, al plan. El plan entonces le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, que es el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, debe enviar documentación a su plan, como una factura del proveedor.

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su condición médica normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.

¿Desea obtener más información?

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, visite el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y los estudios de investigación clínica). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, 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 de atención sanitaria no médica

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?

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

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico **no exceptuado**.

- La atención o el tratamiento médicos **no exceptuados** corresponden a la atención o el tratamiento médicos *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- La atención o el tratamiento médicos **exceptuados** corresponden a la atención o el tratamiento médicos que *no son voluntarios* o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

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

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una condición médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
 - – y – debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, porque de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Nuestro plan cubre días adicionales ilimitados para su atención hospitalaria para pacientes internados cuando sea médicamente necesario. Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?
--

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Medicare Original, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Como miembro de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO), sin embargo, generalmente usted no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan, incluso si ha realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME bajo Medicare Original antes de unirse a nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del DME. Llame a Servicios para los miembros para obtener más información.

Según el artículo de DME, es posible que se le dé la opción de quedarse con el equipo. El plan de salud y su proveedor de DME se comunicarán con usted cuando esa opción esté disponible.

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

Si no adquirió el DME en propiedad mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Medicare Original a fin de adquirir la propiedad del artículo. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan. Los pagos que hizo en Medicare Original no cuentan. Deberá hacer 13 pagos a nuestro plan antes de obtener el artículo en propiedad.

Ejemplo 2: hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan. Usted estaba inscrito en nuestro plan, pero no adquirió el artículo en propiedad mientras estuvo en nuestro plan. Más adelante, regresa a Medicare Original. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos una vez que se una de nuevo a Medicare Original. Todos los pagos anteriores (ya sea los que hizo mientras estaba en nuestro plan o en Medicare Original) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Sondas y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si deja HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) o ya no tiene necesidad médica del equipo de oxígeno, entonces debe devolver el equipo de oxígeno.

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

Medicare Original exige que un proveedor de oxígeno le preste servicios por cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los siguientes 24 meses, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de cinco años, usted puede optar por permanecer con la misma empresa o cambiarse a otra empresa. En este momento, comienza de nuevo el ciclo de cinco años, incluso si permanece con la misma empresa, usted debe pagar los copagos por los primeros 36 meses. Si se une o deja nuestro plan, el ciclo de los cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

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

SECCIÓN 1 Cómo comprender los gastos de bolsillo por los servicios cubiertos

Este capítulo proporciona una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se detallan los límites para ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos.

- **Copago** es un monto fijo que paga cada vez que recibe algún servicio médico. El copago se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos que se encuentra en la Sección 2 le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coseguro** es un porcentaje que paga del costo total de cierto servicio médico. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos que se encuentra en la Sección 2 le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúne los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca debe pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB, si corresponde.

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

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en cuanto al monto total que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Este límite se denomina máximo de gastos de bolsillo (MOOP) por los servicios médicos. Para el año calendario 2024 este monto es \$3,450.00.

Los montos que usted paga por los copagos y el coseguro por servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para el máximo de gastos de bolsillo. Los montos que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D no cuentan para el máximo de gastos de bolsillo. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no se toman en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo. Estos servicios se indican en la Tabla de beneficios médicos. Si llega al máximo de gastos de bolsillo de \$3,450.00, no deberá pagar gastos de su bolsillo por 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 cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen saldos

Como miembro de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar la parte que le corresponde del monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no tienen permitido agregar cargos adicionales, lo que se denomina **facturación de saldos**. Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o para emergencias o fuera del área de servicio para servicios de urgencia).
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red y que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando recibe una remisión o para emergencias o fuera del área de servicio para servicios de urgencia).
- Si cree que un proveedor le ha facturado saldos, llame a Servicios para los miembros.

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponde pagar

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) cubre y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio. La cobertura para

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

medicamentos con receta de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros y los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea una atención de urgencia o emergencia o si su plan o un proveedor de la red le ha dado una remisión. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP deberá autorizarlo antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan. A esto se le denomina darle una remisión.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos con una nota a pie de página en negrita y en cursiva.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. 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 obtener información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*). También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una condición existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la condición existente.
- Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2024, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.

Información importante sobre los beneficios para personas inscritas con condiciones crónicas

- Si le han diagnosticado alguna(s) de las condiciones crónicas identificadas a continuación* y cumple determinados requisitos, puede ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas.
 - Dependencia crónica del alcohol y otras drogas;
 - Trastornos autoinmunes limitados a:
 - poliarteritis nodosa,
 - polimialgia reumática,
 - polimiositis,
 - artritis reumatoide,
 - lupus eritematoso sistémico,
 - esclerodermia;
 - Cáncer, excluidos los estados precancerosos o in situ;
 - Trastornos cardiovasculares limitados a:
 - arritmias cardiacas,
 - enfermedad arterial coronaria,
 - enfermedad vascular periférica,
 - trastorno tromboembólico venoso crónico;
 - Insuficiencia cardiaca crónica;
 - Cardiopatía isquémica;
 - Hipertensión;
 - Demencia;
 - enfermedad de Alzheimer;
 - Diabetes mellitus;
 - prediabetes (glucemia en ayunas: 100-125 mg/dl o Hgb A1C:5.7-6.4%)
 - Enfermedad hepática terminal;
 - Enfermedad renal terminal (ERT) que requiera diálisis;
 - Trastornos de sangre graves limitados a:
 - anemia aplásica,
 - hemofilia,
 - púrpura trombocitopénica inmune,
 - síndrome mielodisplásico,
 - anemia falciforme (excluido el rasgo falciforme),

- trastorno tromboembólico venoso crónico;
- VIH/SIDA;
- Trastornos pulmonares crónicos limitados a:
 - asma,
 - bronquitis crónica,
 - enfisema,
 - fibrosis pulmonar,
 - hipertensión pulmonar,
 - enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC),
 - fibrosis quística;
- Condiciones mentales crónicas e incapacitantes, limitadas a:
 - trastornos bipolares,
 - trastornos depresivos mayores,
 - trastorno paranoide,
 - esquizofrenia,
 - trastorno esquizoafectivo;
- Trastornos neurológicos limitados a:
 - esclerosis lateral amiotrófica (ELA),
 - epilepsia,
 - parálisis extensas (es decir, hemiplejia, cuadriplejia, paraplejia, monoplejia),
 - enfermedad de Huntington,
 - esclerosis múltiple,
 - enfermedad de Parkinson,
 - polineuropatía,
 - estenosis espinal,
 - déficit neurológico relacionado con el ictus;
- Accidente cerebrovascular;
- Parálisis cerebral;
- Lesión cerebral traumática;
- Obesidad (IMC mayor o igual a 30);
- Enfermedad de Crohn;
- Espondilitis anquilosante;

- Osteoartritis;
- Osteoporosis;
- Dolor de espalda crónico;
- Ceguera.


*La lista anterior de condiciones crónicas ha sido facilitada por los CMS.

- Su solicitud de estos beneficios será revisada para confirmar que es elegible y que cumple los criterios. Si es elegible, se aprobarán los beneficios y se le darán instrucciones sobre cómo recibir los beneficios.
- Para obtener más detalles, consulte la fila “Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas” en la Tabla de beneficios médicos.
- Contáctenos para saber exactamente para qué beneficios puede ser elegible.





Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.




Tabla de beneficios médicos



Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una única prueba de detección por medio de una ecografía para personas en riesgo. El plan cubre esta prueba de detección únicamente si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una referencia de su médico, un asistente médico, un enfermero especializado o un enfermero clínico especializado.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los miembros que sean elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p>
<p>Acupuntura para dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <p>Hasta 12 visitas en 90 días están cubiertas para beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: Para el propósito de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • con una duración de 12 semanas o más; 	<p>Copago de \$0.00 por cada visita de acupuntura cubierta por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • no específico, en lo que respecta a la ausencia de una causa sistémica identificable (es decir, no asociado con enfermedades metastásicas, inflamatorias, infecciosas, etc.); • no asociado con una cirugía; y • no asociado con el embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>El tratamiento debe suspenderse si el paciente no está mejorando o está empeorando.</p> <p>Requisitos para los proveedores: Los médicos (tal como se definen en 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), los enfermeros especializados (NP)/enfermeros clínicos especializados (CNS) (tal como se identifican en 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales pertinentes y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); 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. <p>El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo un nivel adecuado de supervisión de un médico, un asistente médico (PA) o enfermero especializado (NP)/enfermero especializado clínico (CNS), conforme a nuestras reglamentaciones en el Título 42, §§ 410.26 y 410.27 del Código de Regulaciones Federales (CFR).</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicina alternativa - Terapia de masajes</p> <p>Cubrimos hasta 24 visitas de masaje terapéutico por año en las ubicaciones aprobadas por el plan. Un médico o profesional médico debe solicitar los servicios.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Ningún costo que pague por los servicios no cubiertos por Medicare se aplicará a su monto máximo de bolsillo.</p> <p>Copago de \$0.00 por un máximo de 24 visitas por año.</p>
<p>Medicina alternativa - Plasma rico en plaquetas (PRP)</p> <p>El plasma rico en plaquetas (PRP) es un beneficio suplementario para promover la curación y tratar el dolor en medicina ortopédica.</p> <p>Con la aprobación previa del plan y una referencia de su médico, las inyecciones de plasma rico en plaquetas para el manejo del dolor por osteoartritis se encuentran disponibles para tratar o mejorar el impacto de una enfermedad o lesión.</p> <p>No hay límites para las partes del cuerpo en las que se usarían estos estudios. Sin embargo, el tratamiento se aplicará a cualquier parte del cuerpo durante tres meses consecutivos como máximo y hasta dos veces por año.</p> <p>Se debe establecer un diagnóstico correlacionado con exámenes físicos y confirmado con estudios de diagnóstico por imágenes, como radiografía, ecografía, resonancia magnética (MRI) o tomografía computarizada (TC), antes de iniciar el tratamiento, así como respetar otras recomendaciones previas al tratamiento.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Ningún costo que pague por los servicios no cubiertos por Medicare se aplicará a su monto máximo de bolsillo.</p> <p>Copago de \$0.00 por la terapia con plasma rico en plaquetas (PRP) para el manejo del dolor causado por la osteoartritis.</p>
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sean por una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia aérea de ala fija, aérea de ala rotatoria y ambulancia terrestre, hasta el centro correspondiente más cercano que pueda brindar atención solo si son prestados a un miembro cuya condición</p>	<p>Copago de \$150.00 por cada viaje en ambulancia de ida o de vuelta por vía terrestre o acuática.</p> <p>Copago de \$150.00 por cada viaje en ambulancia cubierto por</p>




Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>médica es tal que cualquier otro tipo de transporte podría poner en peligro la salud de la persona, o si está autorizado por el plan.</p> <p>Si los servicios de ambulancia cubiertos no son por una situación de emergencia, debe documentarse que la condición del miembro es tal que otro tipo de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p> <p><i>Se requiere autorización previa para acceder a los servicios de ambulancia que no sean de emergencia y para el traslado de una institución a otra o un traslado a domicilio desde un centro tras el alta hospitalaria de un paciente internado.</i></p>	<p>Medicare de ida o de vuelta que no sea de emergencia.</p> <p>Coseguro del 20% por cada viaje en ambulancia aérea de ida o de vuelta.</p> <p><u>No</u> deberá pagar el costo compartido.</p>
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si usted ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede obtener una visita anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su estado de salud actual y sus factores de riesgo. Tiene cobertura una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita anual de bienestar no puede tener lugar dentro de los 12 meses de su visita preventiva de Bienvenida a Medicare. Sin embargo, usted no necesita haber realizado la visita de Bienvenida a Medicare para tener cubiertas las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por la visita anual de bienestar.</p>
<p> Examen de densitometría ósea</p> <p>Para las personas calificadas (en general, son quienes corren riesgo de perder masa ósea o de presentar osteoporosis), los siguientes servicios se cubren cada 24 meses o con más frecuencia, si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte del médico.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por el examen de densitometría ósea cubierto por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 <p>Prueba de detección de cáncer de mamas (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial para las mujeres de entre 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de más de 40 años de edad • Exámenes clínicos de las mamas una vez cada 24 meses <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y consejería están cubiertos para miembros que cumplen con ciertas condiciones, con la orden 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.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Copago de \$0.00 por cada servicio de rehabilitación cardíaca y de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.</p>
 <p>Visita para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico podrá hablarle sobre el uso de la aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo de forma saludable.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por el beneficio para la prevención de enfermedades cardiovasculares mediante terapia intensiva conductual.</p>
 <p>Pruebas para detectar enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anormalidades asociadas con un riesgo elevado</p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por las pruebas para detectar enfermedades cardiovasculares</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>de desarrollar enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	<p>que están cubiertas una vez cada 5 años.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si tiene alto riesgo de desarrollar cáncer vaginal o de cuello uterino, o si está en edad fértil y ha tenido una prueba anormal de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por las pruebas de Papanicolaou ni por los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de quiropráctica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Copago de \$0.00 por las visitas con un quiropráctico cubiertas por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Tienen cobertura las siguientes pruebas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no corren un riesgo alto, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no corren un riesgo alto de desarrollar cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección o enema opaco previos. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años de edad en adelante. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no corren un riesgo alto después de que el paciente reciba una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para 	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de cáncer colorrectal cubiertas por Medicare.</p> <p>Si su médico encuentra y remueve un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y está sujeto a copagos.</p> <p>Copago de \$0.00 por una biopsia</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema opaco.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de detección de sangre oculta en la materia fecal para pacientes de 45 años de edad en adelante. Una vez cada 12 meses. • Prueba multiobjetivo de detección de ADN en heces para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad y que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema opaco como alternativa a la colonoscopia para pacientes con alto riesgo y 24 meses desde la última prueba de detección de enema opaco o la última colonoscopia de detección. • Enema opaco como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y 45 años de edad o más. Una vez al menos 48 meses después de la última prueba de detección de enema opaco o sigmoidoscopia flexible de detección. <p>Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento si una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva (análisis de materia fecal) cubierta por Medicare arroja un resultado positivo.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	<p>o remoción de tejidos durante una prueba de detección de cáncer de colon en un centro de cirugía ambulatoria.</p> <p>Copago de \$75.00 por una biopsia o remoción de tejidos durante una prueba de detección de cáncer de colon en un hospital para pacientes ambulatorios.</p>
<p>Servicios dentales - cubiertos por Medicare</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como la limpieza, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de una condición médica primaria del beneficiario. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la</p>	<p>Copago de \$0.00 para los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>mandíbula luego de una fractura o lesión, extracciones dentales hechas en preparación para el tratamiento de radioterapia del cáncer que involucre la mandíbula o exámenes orales anteriores a un trasplante de riñón.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia para acceder a los servicios dentales integrales.</i></p>	
<p>Servicios dentales - suplementarios</p> <p>Este plan cubre una asignación de hasta \$2,000 para servicios dentales integrales y preventivos cubiertos por año.</p> <p>Servicios dentales preventivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos exámenes orales por año • Dos tratamientos de profilaxis (limpiezas) por año • Dos tratamientos de flúor por año • Una serie de radiografías dentales de aleta de mordida dos veces por año • Una serie completa de radiografías de boca completa (panorámicas) cada tres años <p>Servicios dentales integrales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta dos coronas por año (prostodoncia) • Hasta dos tratamientos de conducto por año (endodoncia) • Hasta cuatro empastes por año (cuatro dientes) • Hasta cuatro extracciones por año (simples) • Un raspado/alisado radicular por cada cuadrante por año (periodoncia) • Un desbridamiento de boca completa cada 24 meses consecutivos (periodoncia) • Una dentadura postiza parcial cada tres años (prostodoncia) 	<p>Ningún costo que pague por los servicios no cubiertos por Medicare se aplicará a su monto máximo de bolsillo.</p> <p>Copago de \$0.00 por los beneficios dentales suplementarios cubiertos.</p> <p>Para estar cubierto dentro de la red, debe utilizar un proveedor contratado por nuestro proveedor de salud dental para proporcionar servicios dentales suplementarios. El cuidado que obtenga de un proveedor que no forma parte de nuestra red de servicios dentales suplementarios no está cubierto.</p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Una prótesis superior total (dentaduras postizas) cada tres años (prostodoncia) • Una prótesis inferior total (dentaduras postizas) cada tres años (prostodoncia) • Otros servicios de cirugía oral/maxilofacial y dentales cuando sean médicamente necesarios <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia para acceder a los servicios dentales integrales.</i></p>	
 <p>Prueba de detección de depresión</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y/o referencias.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible para una visita de prueba de detección de depresión anual.</p>
 <p>Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba de detección (incluidas las pruebas de glucemia en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa). Es posible que las pruebas también estén cubiertas si cumple usted con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
 <p>Entrenamiento de autoadministración para la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que utilicen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p>	<p>Copago de \$0.00 por los gastos cubiertos del entrenamiento para ayudarlo a que aprenda a controlar su diabetes.</p>

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


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Suministros para monitorear la glucemia, como: Monitor 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 presentan enfermedad grave del pie diabético: 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 bajo ciertas condiciones. <p>Los glucómetros, las tiras reactivas y las lancetas se limitan a los siguientes fabricantes: Precision, TrueMatrix, TrueTest, Contour, Ascensia y Freestyle.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Copago de \$0.00 por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiras reactivas para medir la glucosa en sangre • Lancetas y dispositivos para lancetas • Monitores de glucosa en sangre <p>Copago de \$0.00 por zapatos terapéuticos, incluido el ajuste de los zapatos o plantillas.</p> <p>Copago de \$0.00 por los gastos cubiertos del entrenamiento para ayudarlo a que aprenda a controlar su diabetes.</p>
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para conocer la definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12, así como la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón motorizado, suministros para diabéticos, camas hospitalarias solicitadas por un proveedor para el uso en la casa, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el equipo médico duradero (DME) médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su zona no trabaja con una marca o un fabricante en particular, puede</p>	<p>Copago de \$0.00 por los monitores continuos de la glucosa (CGM) “Freestyle Libre” cubiertos por Medicare y sus suministros.</p> <p>Copago de \$0.00 por ácidos hialurónicos aprobados por el plan.</p> <p>Copago de \$0.00 por todos los demás equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0.00 o cobertura de equipos de oxígeno de Medicare</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>pedirle que lo solicite especialmente para usted.</p> <p>La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web, www.HealthSun.com.</p> <p>Los monitores continuos de la glucosa están disponibles como un beneficio cubierto para los diabéticos que requieren el uso de insulina y tienen dificultad para controlar sus niveles de azúcar en sangre.</p> <p>Freestyle Libre es la marca preferida de este plan para los monitores continuos de la glucosa (CGM).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los monitores continuos de la glucosa (CGM) deben comprarse en una farmacia minorista de la red. • No cubriremos los monitores continuos de la glucosa (CGM) comprados a un proveedor de equipo médico duradero (DME). <p>DUROLANE, EUFLEXXA, SUPARTZ y Gel-SYN-3 son las marcas de ácidos hialurónicos que cubriremos. Las otras marcas de ácido hialurónico están cubiertas únicamente si son consideradas médicamente necesarias por el proveedor.</p> <p>En general, HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) cubre todos los equipos médicos duraderos (DME) cubiertos por Medicare Original de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas ni fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos diga que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si usted es nuevo en HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) y utiliza una marca de equipo médico duradero (DME) que no está en nuestra lista, continuaremos cubriendo esta marca para usted por hasta 90 días.</p> <p>Durante este periodo, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada para usted después de este periodo de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo refiera para recibir una segunda opinión).</p> <p>Si usted o su proveedor no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor podrán presentar una</p>	<p>por mes. Sus costos compartidos no cambiarán después de estar inscrito durante 36 meses.</p> <p>Si antes de inscribirse en HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) usted había realizado 36 pagos mensuales de alquiler de equipos de oxígeno, su costo compartido en HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) es un copago de \$0.00.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>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 condición médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9 <i>Qué debe hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>).</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>	
<p>Atención de emergencia</p> <p>Atención de emergencia se refiere a servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministrados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y • Necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si está embarazada, la pérdida del hijo que espera), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeore rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos de servicios de emergencia necesarios proporcionados fuera de la red son los mismos que para ese tipo de servicios proporcionados dentro de la red.</p> <p>También brindamos cobertura fuera de los EE. UU. y sus territorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de emergencia internacional • Atención de urgencia internacional • Transporte de emergencia internacional <p>\$100,000 es el beneficio máximo del plan cubierto para los servicios de atención de urgencia y de emergencia internacional. Consulte la sección Servicios de ambulancia y de urgencia para obtener</p>	<p>Copago de \$120.00 por cada consulta cubierta en la sala de emergencia.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado de pacientes hospitalizados después de que su condición de emergencia se estabilice, debe regresar a un hospital de la red para que continúe su cobertura, <i>O BIEN</i> debe recibir cuidado de pacientes hospitalizados en el hospital fuera de la red con la autorización del plan y deberá pagar los costos compartidos que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Este plan cubre los servicios de emergencia si está de viaje fuera de los Estados Unidos durante menos de seis meses. Esta cobertura está limitada a \$100,000 por año para los servicios de emergencia internacional.</p> <p>Este es un beneficio suplementario. El programa federal de Medicare no cubre este servicio. Debe pagar los costos que superen los \$100,000 y todos los costos necesarios</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>información importante sobre los costos compartidos y la cobertura.</p>	<p>para su regreso al área de servicio. Es posible que tenga la opción de adquirir un seguro de viaje adicional a través de una agencia autorizada.</p> <p>Copago de \$120.00 por cada visita de atención de urgencia, servicio de transporte terrestre de emergencia o visita a la sala de emergencia cubierta en el extranjero.</p> <p>No deberá pagar el copago si lo admiten en el hospital en un plazo de 24 horas.</p>
<p> Programas de educación sobre salud y bienestar</p> <p>Proporcionamos los beneficios suplementarios que figuran a continuación a todos los miembros inscritos en este plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La educación sobre salud se proporciona a los miembros cuya necesidad de educación sobre una enfermedad o condición específica se identifica a través de una evaluación de riesgos de la salud o una referencia por parte de un médico o autogenerada. • Sesiones de consejería nutricional/alimentaria que realice el personal autorizado o certificado para ayudar a manejar la condición o enfermedad. <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Ningún costo que pague por los servicios no cubiertos por Medicare se aplicará a su monto máximo de bolsillo.</p> <p>Copago de \$0.00 para los programas de salud y bienestar cubiertos por este plan.</p>
<p>Comidas Saludables - después del alta hospitalaria</p> <p>Los miembros son elegibles para recibir tres comidas nutritivas precocidas congeladas cada día sin costo durante dos semanas (máximo de 42 comidas) después de una hospitalización o inmediatamente después de una cirugía. El beneficio de comidas se proporciona un máximo de dos veces por año. Los miembros deben</p>	<p>Ningún costo que pague por los servicios no cubiertos por Medicare se aplicará a su monto máximo de bolsillo.</p> <p>Copago de \$0.00 por hasta 3 comidas al día durante 14 días después del alta del hospital o</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>llamar al plan al 1-877-336-2069 para acceder al beneficio de comidas.</p>	<p>centro de enfermería especializada (SNF).</p>
<p>Servicios de audición - cubiertos por Medicare</p> <p>Las evaluaciones de audición y equilibrio de diagnóstico que realiza su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como cuidado ambulatorio cuando las proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Copago de \$0.00 por cada examen de audición cubierto por Medicare para determinar si necesita tratamiento médico por una condición auditiva.</p>
<p>Servicios de audición - suplementarios</p> <p>Este plan cubre 1 examen de audición de rutina por año. Este plan cubre 1 evaluación de colocación del audífono de rutina por año y un beneficio máximo del plan de \$2,000.00 para 2 audífonos recetados por año.</p> <p><i>Es posible que se requieran autorización previa y referencia para el examen de audición anual de rutina.</i></p>	<p>Ningún costo que pague por los servicios no cubiertos por Medicare se aplicará a su monto máximo de bolsillo.</p> <p>Copago de \$0.00 por los exámenes de audición de rutina. Copago de \$0.00 por audífonos hasta alcanzar el monto del beneficio máximo del plan.</p>
<p> Prueba de detección del VIH</p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que corren un mayor riesgo de contraer una infección por VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses. <p>Para las mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los miembros que sean elegibles para la prueba de detección preventiva del VIH cubierta por Medicare.</p>
<p>Atención de una agencia de cuidado médico en el hogar</p> <p>Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita servicios de cuidado médico en el hogar e indicará que la prestación de dichos servicios sea por parte de una agencia de cuidado médico en el hogar. Usted debe estar confinado a</p>	<p>Copago de \$0.00 por cada visita cubierta de una agencia de cuidado médico en el hogar.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>su casa, lo que significa que salir del hogar implica un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios a tiempo parcial o intermitentes de enfermería especializada o de un asistente de cuidado médico en el hogar (que estará cubierto como parte del beneficio de cuidado médico en el hogar; los servicios combinados de enfermería especializada y del asistente de cuidado médico en el hogar no deben superar las 8 horas por día y las 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>La terapia de infusión en el hogar implica la administración subcutánea o intravenosa de medicamentos o productos biológicos a una persona en su casa. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, los tubos y los catéteres)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios profesionales, que incluyen servicios de enfermería, suministrados de acuerdo con el plan de atención • La capacitación y la educación para el paciente que no tienen ningún otro tipo de cobertura dentro de los beneficios del equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Los servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el 	<p>Copago de \$0.00 para servicios profesionales de terapia de infusión en el hogar (HIT) brindados por un proveedor de HIT calificado en la casa del paciente.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>hogar suministrados por un proveedor de terapia de infusión en el hogar calificado</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	
<p>Cuidado para enfermos terminales</p> <p>Usted es elegible para recibir el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado una prognosis terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y que tiene 6 meses o menos de vida si la enfermedad sigue su curso normal. Usted puede recibir cuidado de cualquier Programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudar a que encuentre los programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los que la organización de MA posee o controla, o aquellos 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.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para controlar los síntomas y aliviar el dolor • Cuidado de relevo a corto plazo • Cuidado médico en el hogar <p>Cuando es admitido en un hospicio tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan.</p> <p><u>Para servicios para enfermos terminales y para servicios que estén cubiertos por Medicare Parte A o B y que estén relacionados con su prognosis terminal:</u> Medicare Original (y no nuestro plan) pagará a su proveedor de servicios para enfermos terminales y cualquier servicio de la Parte A y de la Parte B que estén relacionados con su prognosis terminal. Mientras usted esté en el programa de hospicio, su proveedor de servicios para enfermos terminales le facturará a Medicare Original los servicios que paga Medicare Original. Se le facturarán los costos compartidos de Medicare Original.</p> <p><u>En el caso de los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A</u></p>	<p>Si se inscribe en un Programa de hospicio certificado por Medicare, Medicare Original, no nuestro plan, paga los servicios para enfermos terminales y los servicios de la Parte A y de la Parte B relacionados con su prognosis terminal.</p> <p>Copago de \$0.00 si consulta a un proveedor de atención primaria (PCP) sobre los servicios de hospicio antes de elegir el hospicio.</p> <p>Copago de \$0.00 si consulta a un especialista sobre los servicios de hospicio antes de elegir el hospicio.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><u>o Parte B, pero que no están relacionados con su pronosis terminal:</u> Si 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 pronosis terminal, lo que deberá pagar por estos servicios dependerá de si acude a un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay un requisito para obtener autorización previa)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener servicios, solo paga el monto de los costos compartidos del plan por los servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga los costos compartidos de Medicare de cargo por servicio (Medicare Original). <p><u>En el caso de los servicios cubiertos por nuestro plan, pero no cubiertos por Medicare Parte A ni Parte B:</u> El plan continuará cubriendo los servicios que le correspondan y que no estén cubiertos por la Parte A o B, independientemente de si se relacionan o no con su pronosis terminal. Usted paga el monto de costos compartidos del plan por estos servicios.</p> <p><u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> Si estos medicamentos no están relacionados con la condición terminal por la cual está en el hospicio, usted paga los costos compartidos. Si están relacionados con la condición terminal por la cual está en el hospicio, usted paga los costos compartidos de Medicare Original. Los medicamentos nunca tienen la cobertura del hospicio y de nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (<i>¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?</i>).</p> <p>Nota: Si necesita atención que no sea cuidado para enfermos terminales (es decir, que no esté relacionada con su pronosis terminal), deberá comunicarse con nosotros para organizar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta sobre hospicios (solo una vez) para los enfermos terminales que no hayan elegido dicho beneficio de hospicio.</p>	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Vacunas</p> <p>Algunos de los servicios cubiertos por Medicare Parte B incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas contra la influenza, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si está en riesgo alto o intermedio de contagiarse hepatitis B. • Vacuna contra la COVID-19. • Otras vacunas, si usted está en riesgo y las vacunas cumplen con las normas de la cobertura de Medicare Parte B. <p>También cubrimos algunas vacunas mediante nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la influenza, la hepatitis B y la COVID-19.</p> <p>Puede vacunarse contra la influenza, la neumonía o la COVID-19 sin necesidad de pedirle una referencia a un médico.</p> <p>La vacuna contra el herpes zóster solo está cubierta por el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. El monto que usted paga por la inyección dependerá de los beneficios de medicamentos de la Parte D que figuran en el Capítulo 6. La vacuna contra el herpes zóster no está cubierta por el beneficio de medicamentos de la Parte B.</p>
<p>Cuidado hospitalario para pacientes internados</p> <p>Incluye atención para pacientes hospitalizados con condiciones agudas, rehabilitación con hospitalización, atención hospitalaria a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. El cuidado hospitalario para pacientes internados comienza el día en que lo admiten formalmente en el hospital con una orden del médico. El día previo al alta médica es su último día como paciente hospitalizado.</p> <p>Este plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuarto semiprivado (o un cuarto privado si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales 	<p>Para las hospitalizaciones cubiertas: Copago de \$0.00 por hospitalización</p> <p>Copago de \$0 por días adicionales cuando sea médicamente necesario.</p> <p>Si recibe cuidado de pacientes hospitalizados autorizado en un hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia se estabilice, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>



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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios regulares de enfermería • Costos de unidades de cuidado especial (como las unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios) • Fármacos y medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de equipos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y cuarto de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios para el abuso de sustancias para pacientes hospitalizados • En determinadas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, de riñón, de riñón-páncreas, de corazón, de hígado, de pulmón, de corazón/pulmón, de médula ósea, de células madre y de intestino/vísceras múltiples. Si usted necesita un trasplante, haremos que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están en un lugar distante, 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 el plan ofrece servicios de trasplante en un lugar distante (fuera del área de servicio) y usted elige obtener su trasplante en esa ubicación, organizaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte correspondientes para usted y un acompañante. El reembolso de los costos de transporte se realiza por los viajes 	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>que hagan usted y su acompañante, de ida y de vuelta, a las consultas con los proveedores médicos que presten los servicios relacionados con la atención médica inherente al trasplante. El plan define el lugar distante como una ubicación que está fuera del área de servicio del miembro Y a un mínimo de 75 millas de la casa del miembro. Para cada solicitud de reembolso por viaje y alojamiento, envíe una carta del centro de trasplantes aprobado por Medicare en la que se indiquen las fechas en las que estuvo hospitalizado allí, y las fechas en las que recibió tratamiento como paciente ambulatorio y tuvo que permanecer cerca del centro de trasplantes aprobado por Medicare para recibir tratamiento/servicios relacionados con la atención médica inherente al trasplante. Si corresponde, incluya también la documentación del acompañante y las fechas en las que esa persona viajó con usted para recibir servicios relacionados con la atención médica inherente al trasplante. Se pueden solicitar formularios de reembolso por viajes a través de Servicios para Miembros. Los costos de transporte y alojamiento se reembolsarán por las millas recorridas y el alojamiento según las guías actuales sobre millas recorridas y alojamiento del Servicio de Impuestos Internos (IRS) al día de la prestación de los servicios. Se reembolsará el alojamiento por el menor de estos montos: 1) montos facturados; 2) según las guías del IRS que establecen los montos máximos por alojamiento en esa ubicación. Puede acceder a los montos de reembolso actuales en el sitio web de la Administración de Servicios Generales de los EE. UU., www.gsa.gov. Todas las solicitudes de reembolso deben presentarse en el plazo de un año (12 meses) a partir de la fecha en que se incurrió en el gasto. Para obtener más información sobre cómo y dónde presentar una reclamación, consulte la Sección 2 del Capítulo 7, Cómo solicitar un reembolso o el pago de una factura que recibió.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre; incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y eritrocitos concentrados 	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de un médico <p>Nota: Para que se lo considere un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente del hospital. Incluso si se queda de un día para otro en el hospital, se lo podría considerar un paciente ambulatorio. Si no está seguro de ser un paciente hospitalizado o ambulatorio, consúltelo con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de información de Medicare ¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte! Esta hoja de información se encuentra disponible en Internet, en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf, o puede obtenerla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de cuidado de salud mental que requieran hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para el cuidado de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite del cuidado hospitalario para pacientes internados no se aplica a los servicios de salud mental prestados en un hospital general. Nuestro plan también cubre 60 días de “días de reserva de por vida”. Estos son días "adicionales" que cubrimos. Si su hospitalización supera los 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya usado estos 60 días 	<p>Para las hospitalizaciones cubiertas: Copago de \$0.00 por estadía.</p> <p>Un periodo de beneficios comienza el primer día en el que usted ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada.</p> <p>El periodo de beneficios finalizará cuando no haya recibido ningún cuidado hospitalario para pacientes internados o cuidado especializado en un SNF durante 60 días consecutivos.</p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>adicionales, su cobertura de servicios de hospital para pacientes internados se limitará a 90 días.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	<p>El plan cubre 90 días durante cada periodo de beneficios.</p>
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos prestados en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Este plan cubre hasta 100 días por cada periodo de beneficios de atención en un centro de enfermería especializada (SNF). Una vez que haya alcanzado este límite de cobertura para estadias en un SNF, el plan dejará de cubrir su hospitalización o estadía en el SNF. Sin embargo, en algunos casos, cubrimos ciertos tipos de servicios que reciba mientras aún se encuentre en el hospital o el SNF.</p> <p>Si ha agotado sus beneficios como paciente hospitalizado o si la hospitalización no se considera razonable y necesaria, no cubriremos dicha hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubrimos ciertos tipos de servicios que reciba mientras aún se encuentre en el hospital o el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de un médico • Pruebas 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 dislocaciones. • 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 mal funcionamiento, incluidos el reemplazo o la reparación de dichos aparatos • Férulas de pierna, de brazo y de espalda, collarines, bragueros, y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los 	<p>Usted tiene estos servicios cubiertos de acuerdo con las guías de Medicare cuando no están cubiertos o cuando ya no tienen cobertura los días en el hospital o en un SNF.</p> <p>Estos servicios estarán cubiertos como se describe en este Cuadro de beneficios. Consulte las siguientes secciones de este Capítulo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios prestados por un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio • Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos ambulatorios • Dispositivos prostéticos y suministros relacionados • Servicios de rehabilitación ambulatorios

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios por causa de roturas, desgaste, pérdida o un cambio en la condición física del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	
<p> Terapia nutricional médica</p> <p>Este beneficio es para personas que tienen diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero que no estén realizándose diálisis) o que necesitan atención luego de un trasplante de riñón, cuando las refiera el médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de consejería personalizada 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, es posible que reciba más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden anualmente si su tratamiento es necesario dentro del próximo año calendario.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los miembros que sean elegibles para los servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>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 médicos de Medicare.</p> <p>El Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) es una intervención estructurada para lograr cambios de comportamiento en relación con la salud. Brinda un entrenamiento práctico para el cambio a largo plazo en la dieta, un aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar las dificultades que representa perder peso de manera estable y llevar un estilo de vida saludable.</p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por el beneficio del Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP).</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i>	
<p>Medicamentos recetados de Medicare Parte B</p> <p>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. Entre los medicamentos cubiertos, se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que normalmente no son autoadministrados por el paciente y son inyectados o infundidos mientras recibe servicios del médico, como paciente ambulatorio, o del centro quirúrgico ambulatorio • Insulina proporcionada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que usted toma a través de equipo médico duradero (como nebulizadores) que autorizó el plan • Factores de coagulación que usted se autoadministra mediante inyecciones si padece hemofilia • Medicamentos inmunodepresores, si usted se inscribió en Medicare Parte A en el momento del trasplante de órgano • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si está confinado a su casa, tiene una fractura de hueso que un médico haya certificado como relacionada a la osteoporosis posmenopausia, y no puede autoadministrarse el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos antineoplásicos orales y medicamentos para las náuseas • Determinados medicamentos para la diálisis domiciliaria, como la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, la anestesia tópica y los agentes 	<p>Los costos compartidos se basan en el entorno médico en el que se reciban.</p> <p>Copago de \$0.00 por un suministro de un mes de medicamentos de insulina de Medicare Parte B administrados en una clínica selecta.</p> <p>Copago de \$0.00 por los medicamentos de quimioterapia/radioterapia de Medicare Parte B y otros medicamentos de Medicare Parte B que se administran en una clínica selecta.</p> <p>Copago de \$35.00 por un suministro de insulina para un mes cubierto por Medicare Parte B proporcionados en una farmacia, en el consultorio del médico o en un hospital como servicio para pacientes ambulatorios.</p> <p>Coseguro del 20% por medicamentos de quimioterapia/radioterapia de Medicare Parte B y otros medicamentos de Medicare Parte B proporcionados en una farmacia, el consultorio del médico o en un hospital como servicio para pacientes ambulatorios. Es posible que vea gastos de bolsillo más bajos para algunos medicamentos de</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit® y Aranesp®)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. • Las categorías de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada incluyen lo siguiente: Factor estimulante de colonias (CSF) de corta duración, inmunoglobulina (IG), antagonistas del factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF) selectivo, CSF de larga duración, agentes inyectables para la anemia (deficiencia de hierro). <p>Algunos de los medicamentos cubiertos de la Parte B enumerados anteriormente pueden estar sujetos a terapia escalonada. Desde el siguiente enlace, podrá obtener una lista de los medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: http://www.healthsun.com/plans-coverage/prescription-drug-benefits</p> <p>También cubrimos algunas vacunas mediante nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5 se explica el beneficio de los medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que las recetas estén cubiertas. El monto que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se describe en el Capítulo 6.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>	<p>quimioterapia y la Parte B con precios que han aumentado más rápido que la tasa de inflación.</p> <p>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 condición médica antes de que el plan cubra el medicamento que puede haber recetado inicialmente su médico. Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>
<p>Línea de Enfermería 24/7</p> <p>Los miembros tienen acceso a una línea de enfermería gratuita para hablar directamente con un enfermero registrado que ayudará a responder preguntas relacionadas con la salud. Llame a nuestros Servicios para Miembros al 1-877-336-2069 para conectarse.</p>	<p>Ningún costo que pague por los servicios no cubiertos por Medicare se aplicará a su monto máximo de bolsillo.</p> <p>Copago de \$0.00 por el servicio de la Línea de Enfermería.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 <p>Prueba de obesidad y terapia para favorecer la pérdida sostenida de peso</p> <p>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. Hable con su médico de atención primaria o profesional para obtener más información.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por las pruebas preventivas de obesidad y terapia.</p>
<p>Servicios del Programa de Tratamiento por Uso de Opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento por Uso de Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) • Expendio y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde) • Consejería sobre el abuso de sustancias • Terapia individual y de grupo • Pruebas de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Copago de \$0.00 para Servicios del Programa de Tratamiento por Uso de Opioides.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p>	<p>Copago de \$0.00 para servicios de radiología básicos (radiografías) cubiertos por Medicare prestados en el</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Radioterapia (radio e isótopos) incluidos los materiales y suministros técnicos. • Suministros quirúrgicos, tales como vendajes. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio • Sangre; incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y eritrocitos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias (algunos ejemplos de pruebas de diagnóstico son las lecturas del metabolismo basal, electroencefalogramas, electrocardiogramas, pruebas de la función respiratoria, evaluaciones cardíacas, pruebas de alergia y pruebas psicológicas) <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia. Consulte la Sección 2.2 del Capítulo 3 para conocer los servicios que no requieren referencia.</i></p>	<p>consultorio de un médico participante o un centro independiente de diagnóstico/ambulatorio.</p> <p>Copago de \$75.00 para servicios de radiología básicos (radiografías) cubiertos por Medicare prestados en un centro hospitalario como paciente ambulatorio.</p> <p>Copago de \$0.00 para servicios de radiología de diagnóstico (diagnóstico avanzado por imágenes) cubiertos por Medicare prestados en el consultorio de un médico participante o un centro independiente de diagnóstico/ambulatorio.</p> <p>Copago de \$75.00 para servicios de radiología de diagnóstico (diagnóstico avanzado por imágenes) cubiertos por Medicare en un centro hospitalario como paciente ambulatorio.</p> <p>Copago de \$0.00 por cada servicio de laboratorio cubierto.</p> <p>Copago de \$0.00 para procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare prestados en el consultorio de un médico participante o un centro independiente de diagnóstico/ambulatorio.</p> <p>Copago de \$75.00 para</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	<p>procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare realizados en un centro hospitalario como paciente ambulatorio.</p> <p>Copago de \$0.00 del costo de los suministros médicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0.00 para los servicios cubiertos de extracción, almacenamiento, procesamiento y manipulación de sangre.</p> <p>Copago de \$0.00 para servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare (radioterapia/medicina nuclear) recibidos en un centro independiente.</p> <p>Copago de \$60.00 para servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare (radioterapia/medicina nuclear) recibidos en un centro hospitalario como paciente ambulatorio.</p>
<p>Observación hospitalaria ambulatoria</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente hospitalizado o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios de observación en el hospital para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y se deben considerar razonables y necesarios. Los servicios de observación únicamente están cubiertos cuando se</p>	<p>Copago de \$0.00 por cada servicio de sala de observación que reciba en un hospital para pacientes ambulatorios.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>prestan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de concesión de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital o indicar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo en el hospital como paciente hospitalizado, usted será un paciente ambulatorio y deberá pagar los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si se queda de un día para otro en el hospital, se lo podría considerar un paciente ambulatorio. Si no sabe con certeza si lo consideran paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>Puede encontrar más información en la hoja de información de Medicare ¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte! Esta hoja de información se encuentra disponible en Internet, en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf, o puede obtenerla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>	
<p>Servicios hospitalarios ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencia o clínica ambulatoria, como los de observación o cirugía ambulatoria • Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturadas por el hospital • Cuidado de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sin esta 	<p>Copago de \$75.00 por cada servicio quirúrgico cubierto.</p> <p>Copago de \$120.00 por la consulta de atención de emergencia cubierta.</p> <p>Copago de \$0.00 por cada servicio cubierto de sala de observación.</p> <p>Copago de \$0.00 por pruebas de laboratorio cubiertas.</p> <p>Copago de \$75.00 por pruebas de diagnóstico cubiertas,</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>atención, sería necesario el tratamiento como paciente hospitalizado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no pueda autoadministrarse <p>Nota: A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo en el hospital como paciente hospitalizado, usted será un paciente ambulatorio y deberá pagar los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si se queda de un día para otro en el hospital, se lo podría considerar un paciente ambulatorio. Si no sabe con certeza si lo consideran paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>Puede encontrar más información en la hoja de información de Medicare ¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte! Esta hoja de información se encuentra disponible en Internet, en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf, o puede obtenerla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	<p>radiografías y servicios de radiología de diagnóstico.</p> <p>Copago de \$60.00 por servicios de radiología terapéutica cubiertos.</p> <p>Copago de \$0.00 por servicios cubiertos de salud mental o abuso de sustancias, incluido en un programa de hospitalización parcial (PHP).</p> <p>Copago de \$0.00 por suministros médicos cubiertos, como yesos y férulas.</p> <p>Coseguro del 0% al 20% por determinados medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse. Es posible que vea gastos de bolsillo más bajos para algunos medicamentos de quimioterapia y la Parte B con precios que han aumentado más rápido que la tasa de inflación. Consulte la sección de medicamentos de Medicare Parte B para obtener información sobre ciertos medicamentos y productos biológicos.</p> <p>Copago de \$75.00 por otros servicios ambulatorios facturados por un hospital.</p> <p>Si se facturan suministros médicos como parte del servicio hospitalario para pacientes ambulatorios que usted recibe, se aplicará el costo compartido del hospital para pacientes</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	<p>ambulatorios.</p> <p>Su costo compartido por las visitas a la sala de emergencia, las pruebas de diagnóstico ambulatorias, los servicios terapéuticos ambulatorios y las pruebas de laboratorio se indica en los apartados correspondientes en este cuadro.</p> <p>En este cuadro de beneficios, puede encontrar información adicional sobre otros servicios para pacientes ambulatorios en las secciones de visitas a la sala de emergencia, pruebas de diagnóstico ambulatorias y servicio de radiología terapéutica, salud mental para pacientes ambulatorios, hospitalización parcial, dispositivos prostéticos y suministros médicos, y obtener más detalles sobre determinados medicamentos y productos biológicos en la sección de medicamentos de Medicare Parte B.</p>
<p>Cuidado de salud mental ambulatorio</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico certificado por el estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero clínico especializado, consejero profesional certificado (LPC), terapeuta familiar y del matrimonio certificado (LMFT), enfermero especializado (NP), asistente médico (PA) u otro profesional del cuidado de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes vigentes en el estado.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Copago de \$0.00 por cada visita de terapia cubierta con un profesional de la salud mental. Esto se aplica a la terapia individual o de grupo.</p> <p>Copago de \$0.00 por cada visita de terapia cubierta con un psiquiatra. Esto se aplica a la terapia individual o de grupo.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación ambulatorios se prestan en varios entornos ambulatorios, como los departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital, los consultorios de terapeutas independientes y los centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Copago de \$0.00 por cada visita de fisioterapia cubierta por Medicare en un centro médico participante.</p> <p>Copago de \$15.00 por cada visita de fisioterapia cubierta por Medicare en el consultorio de un médico, un centro de rehabilitación o un centro hospitalario como servicio para pacientes ambulatorios.</p> <p>Copago de \$15.00 por cada terapia ocupacional y del habla/del lenguaje cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Cuidado de salud mental ambulatorio para el diagnóstico y/o tratamiento de trastornos relacionados con el abuso de sustancias.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Copago de \$0.00 por cada visita de terapia cubierta. Esto se aplica a la terapia individual o de grupo.</p>
<p>Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria</p> <p>Nota: Si le realizarán una cirugía en un hospital, pregúntele a su proveedor si será como paciente ambulatorio o como paciente hospitalizado. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo en el hospital como paciente hospitalizado, usted será un paciente ambulatorio y deberá pagar los montos de costos compartidos por la cirugía ambulatoria. Incluso si se queda de un día para otro en el hospital, se lo podría considerar un paciente ambulatorio.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Copago de \$0.00 por cada cirugía cubierta que reciba en un centro quirúrgico ambulatorio.</p> <p>Copago de \$75.00 por cada servicio quirúrgico cubierto que reciba en un hospital para pacientes ambulatorios.</p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cobertura suplementaria de medicamentos de venta libre (OTC)</p> <p>Cubrimos \$50 por mes para artículos de venta libre (OTC). El monto del beneficio de artículos de venta libre (OTC) no se traslada de un mes al otro. Debe hacer su pedido a partir del formulario de artículos de venta libre (OTC) aprobado por el plan. El formulario de artículos de venta libre (OTC) se proporciona en su paquete de bienvenida a la inscripción y está disponible en nuestro sitio web (www.healthsun.com).</p> <p>Para obtener más información sobre cómo realizar su pedido de artículos de venta libre (OTC) al plan, llámenos al 1-877-336-2069. TTY: 1-877-206-0500.</p>	<p>Cualquier costo que pague por servicios no cubiertos por Medicare no se tendrá en cuenta para su monto máximo de bolsillo.</p> <p>Este plan cubre determinados medicamentos sin receta y artículos relacionados con la salud aprobados de venta libre, hasta \$50 por mes. Los montos de artículos de venta libre (OTC) no utilizados no se transfieren de un mes al otro.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios</p> <p>La 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 el cuidado recibido en el consultorio de su médico o terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización como paciente internado.</p> <p>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento terapéutico activo de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado federalmente o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p> <p><i>Es posible que se requieran autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Copago de \$0.00 por cada visita de hospitalización parcial cubierta.</p>
<p>Servicios prestados por un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p>	<p>Copago de \$0.00 por cada visita cubierta al consultorio de un médico de atención primaria</p>



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


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Atención médicamente necesaria o servicios quirúrgicos prestados en el consultorio de un médico, centros quirúrgicos ambulatorios certificados, departamento ambulatorio de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consulta, diagnóstico y tratamiento recibidos de un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP o especialista, si su médico los pide para ver si usted necesita tratamiento médico. • Determinados servicios de telesalud, incluidos los servicios de telesalud cubiertos por Medicare de su médico de atención primaria, un enfermero especializado o un asistente médico afiliado a la atención primaria, sesiones individuales para visitas de salud mental o sesiones individuales para servicios psiquiátricos. <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios mediante telesalud, entonces, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. • Algunos servicios de telesalud, como consultas, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o profesional para pacientes en ciertas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para miembros que reciben diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal dentro de un hospital u hospital de acceso crítico, un centro de diálisis renal o la casa del miembro • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de los síntomas de un accidente cerebrovascular agudo, sin importar su ubicación 	<p>(PCP).</p> <p>Copago de \$0.00 por cada visita cubierta al consultorio de un especialista realizada en un centro médico participante.</p> <p>Copago de \$0.00 por cada visita cubierta al consultorio de un especialista realizada en todas las demás ubicaciones.</p> <p>Copago de \$0.00 por servicios de telesalud definidos cubiertos por Medicare recibidos de su médico de atención primaria, un enfermero especializado o asistente médico afiliado a la atención primaria de la red, un proveedor de cuidado de salud mental de la red o un proveedor de cuidado psiquiátrico de la red.</p> <p>Para las otras especialidades, los servicios de telesalud cubiertos por Medicare aplicarán el costo compartido correspondiente que se encuentra en este cuadro de beneficios en función de la especialidad.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para miembros que tienen un trastorno por abuso de sustancias o un trastorno de salud mental concomitante, sin importar su ubicación • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental, si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Realiza una visita en persona en el plazo de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud. ○ Realiza una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ En determinados casos, puede haber excepciones a lo indicado anteriormente. • Servicios de telesalud para visitas de salud mental provistas por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados federalmente • Chequeos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo y ○ La visita no se relaciona con una visita al consultorio durante los últimos 7 días y ○ La visita no conduce a una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o la cita más cercana disponible. • Evaluación de video y/o imágenes que le envíe al médico e interpretación y seguimiento del médico en el plazo de las 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo y ○ La evaluación no se relaciona con una visita al consultorio durante los últimos 7 días y 	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ○ La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o la cita más cercana disponible. • Consulta de su médico con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Cuidado dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, fijación de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radioterapia de cáncer neoplásico o servicios que estarían cubiertos cuando los proporciona un médico) <p><i>Se requiere autorización previa y referencia para acceder a los servicios de un médico especialista y otros servicios de profesionales médicos. Consulte la Sección 2.2 del Capítulo 3 para conocer los servicios que no requieren referencia.</i></p>	
<p>Servicios de podología - cubiertos por Medicare</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (tales como dedo en martillo o espolón de talón). • Atención de rutina de los pies para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores. <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>	<p>Copago de \$0.00 por cada visita de cuidado de los pies cubierta por Medicare que no sea de rutina. Esto es para el diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (tales como dedo en martillo o espolón de talón).</p> <p>Copago de \$0.00 por cada visita de cuidado de los pies de rutina cubierta por Medicare. Esto es para la atención de rutina de los pies para los miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de podología - suplementarios</p> <p>Este plan cubre servicios adicionales de cuidado de los pies que no cubre Medicare Original:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remoción o corte de callos o callosidades, corte de uñas y demás cuidados higiénicos y preventivos en ausencia de enfermedades localizadas, lesiones o síntomas que involucren los pies • 1 consulta de cuidado rutinario de los pies por trimestre. <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>	<p>Ningún costo que pague por los servicios no cubiertos por Medicare se aplicará a su monto máximo de bolsillo.</p> <p>Copago de \$0.00 por cada visita de atención de rutina de los pies.</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres a partir de los 50 años, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de tacto rectal • Prueba del antígeno prostático específico (PSA) <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible para una prueba anual del antígeno prostático específico (PSA).</p>
<p>Dispositivos prostéticos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (que no sean dentales) que reemplacen una parte o función del cuerpo, ya sea total o parcialmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de 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/o la reparación 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.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>	<p>Copago de \$0.00 para dispositivos y suministros prostéticos cubiertos.</p> <p>Debe obtener los dispositivos y los suministros prostéticos de un proveedor que trabaje con este plan. No tendrán cobertura si los compra en una farmacia.</p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y que tienen una orden para recibir servicios de rehabilitación pulmonar del médico que trata su enfermedad respiratoria crónica.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Copago de \$0.00 por cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta.</p>
<p> Evaluación y consejería para reducir el abuso del alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso del alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que tengan un consumo indebido del alcohol, pero no dependencia.</p> <p>Si el resultado es positivo respecto del abuso del alcohol, puede obtener hasta 4 sesiones de consejería cara a cara breves por año (si es competente y está alerta durante la consejería) a cargo de un médico de atención primaria o profesional calificado en un entorno de atención primaria.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de evaluación y consejería para reducir el abuso del alcohol cubierto por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para las personas que califiquen, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>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 dejaron de fumar en los últimos 15 años, que reciban una orden escrita de LDCT durante una visita de consejería, prueba de detección de cáncer de pulmón y toma de decisiones compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas visitas, a cargo de un médico o un profesional no médico calificado.</p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por la consejería y la visita de toma de decisiones compartidas que cubre Medicare ni por la tomografía computarizada de dosis baja (LDCT).</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><i>Para realizarse pruebas de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT después de la prueba de detección inicial con LDCT: los miembros deben recibir una orden escrita de LDCT para la prueba de detección de cáncer de pulmón, que se puede realizar durante la visita correspondiente con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado elige proporcionar consejería para una prueba de detección de cáncer de pulmón y una visita de toma de decisiones compartida para pruebas posteriores de detección del cáncer de pulmón con tomografía computada de dosis baja (LDCT), la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para tales visitas.</i></p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	
<p> Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y consejería para su prevención</p> <p>Cubrimos pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para detectar clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para mujeres embarazadas y para ciertas personas que presenten mayor riesgo de contagiarse ITS cuando las pruebas son solicitadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones individuales cara a cara de consejería conductual de alta intensidad de entre 20 y 30 minutos por año para los adultos sexualmente activos que presenten un alto riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS). Solo cubriremos estas sesiones de consejería como servicio preventivo si las brinda un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y consejería para su prevención cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p>	<p>Copago de \$0.00 por cada visita cubierta para recibir servicios de educación sobre enfermedades</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para instruir a los miembros sobre la atención de enfermedades renales y ayudarlos a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. 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 enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando esté momentáneamente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o esté inaccesible temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si es admitido como paciente hospitalizado en un hospital para atención especial) • Capacitación para la autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipo y suministros para diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (tales como, cuando sea necesario, visitas con trabajadores de diálisis capacitados para verificar su diálisis en el hogar, para ayudarlo en emergencias y controlar su equipo de diálisis y suministro de agua) <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos conforme al beneficio de medicamentos de Medicare Parte B. Para obtener información acerca de la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección de medicamentos recetados de Medicare Parte B.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia para recibir servicios de diálisis.</i></p>	<p>renales.</p> <p>Copago de \$0.00 para servicios de diálisis renal cubiertos por Medicare.</p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>SilverSneakers</p> <p>Membresía de SilverSneakers®</p> <p>SilverSneakers puede ayudarlo a vivir una vida más saludable y activa a través del ejercicio y la conexión social. Tiene cobertura para un beneficio de ejercicios a través de SilverSneakers en los sitios participantes¹. Tiene acceso a instructores que dictan clases de ejercicios grupales especialmente diseñadas². En los sitios participantes de todo el país¹, puede tomar clases² además de usar los equipos de ejercicio y otras instalaciones. Además, SilverSneakers FLEX® le brinda opciones para hacer actividad física fuera de los gimnasios tradicionales (como centros recreativos, tiendas y parques). SilverSneakers también lo conecta con una red de apoyo y recursos virtuales a través de SilverSneakers Live, SilverSneakers On-Demand™ y nuestra aplicación móvil, SilverSneakers GO™.</p> <p>Se ofrecen paquetes para el hogar a los miembros que deseen entrenar en el hogar o para los que no puedan ir a un centro de ejercicios por causa de una lesión o enfermedad, o por estar confinados a su casa.</p> <p>Todo lo que necesita para comenzar es su número de identificación personal de SilverSneakers. Para obtener más información acerca de su beneficio, visite SilverSneakers.com o llame al 1-855-741-4985 (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este. Hable siempre con su médico antes de comenzar un programa de ejercicios.</p> <p>¹Los sitios participantes (“PL”) no pertenecen ni son administrados por Tivity Health, Inc. o sus afiliados. El uso de las instalaciones y los servicios de los PL están limitados por los Términos y condiciones de la membresía básica de los PL. Las instalaciones y los servicios varían según el PL.</p> <p>²La membresía incluye clases grupales de ejercicios guiadas por un instructor de SilverSneakers. Algunos sitios ofrecen clases adicionales para miembros. Las clases varían según el sitio.</p> <p>SilverSneakers no es solo una membresía a un gimnasio, sino que es</p>	<p>Ningún costo que pague por los servicios no cubiertos por Medicare se aplicará a su monto máximo de bolsillo.</p> <p>Copago de \$0.00 para el Programa de Ejercicios SilverSneakers®.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>un programa especializado diseñado específicamente para adultos mayores. Quedan excluidas las membresías a gimnasios u otros programas de entrenamiento que no cumplan con los criterios de SilverSneakers.</p> <p>SilverSneakers y SilverSneakers FLEX son marcas comerciales registradas o marcas comerciales de Tivity Health, Inc. y/o sus subsidiarios o afiliados en Estados Unidos u otros países. © 2020 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.</p>	
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>(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). 100 días por cada periodo de beneficios. No se requiere la hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuarto semiprivado (o un cuarto privado si es 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) • Sangre; incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y eritrocitos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados normalmente por los SNF 	<p>Para las estadías en un centro de enfermería especializada (SNF) cubiertas:</p> <p>Días 1 a 20 en un SNF: \$0.00 por día/Días 21 a 100: \$60.00 por día</p> <p>Un periodo de beneficios comienza el primer día en que usted es un paciente hospitalizado en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Finaliza cuando ha dejado de recibir atención como paciente hospitalizado en un hospital o centro de enfermería especializada durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un centro de enfermería especializada después de que haya finalizado un periodo de beneficios, se inicia un nuevo periodo de beneficios.</p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de laboratorio proporcionadas normalmente por los SNF • Radiografías y otros servicios radiológicos prestados normalmente por los SNF • Uso de equipos, como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF • Servicios prestados por un médico/profesional <p>En general, usted recibirá su atención en un SNF dentro de la red. Sin embargo, en determinadas condiciones que se detallan a continuación, podría pagar los costos compartidos que se pagan dentro de la red para un centro que no es proveedor de la red, siempre que el centro acepte los montos de nuestro plan como pago.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de ancianos o una comunidad de retiro de atención continua donde usted estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención en un centro de enfermería especializada) • Un centro de enfermería especializada (SNF) donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted sale del hospital <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	
 <p>Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (consejería para dejar de fumar y consumir tabaco)</p> <p><u>Si usted consume tabaco, pero no presenta síntomas ni signos de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> Cubrimos dos sesiones de consejería para dejar de consumir tabaco dentro de un periodo de 12 meses como servicio preventivo sin costo. Cada sesión de consejería incluye hasta cuatro visitas cara a cara.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le diagnosticó una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que puedan verse afectados por el tabaco:</u> Cubrimos servicios de consejería para dejar de consumir tabaco. Cubrimos dos sesiones de consejería para dejar de consumir</p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>tabaco dentro de un periodo de 12 meses; sin embargo, deberá pagar los costos compartidos aplicables. Cada sesión de consejería incluye hasta cuatro visitas cara a cara.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	
<p>Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos</p> <p>Los siguientes beneficios son Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos y están disponibles para todos los miembros que cumplan con los criterios de las guías de los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS) indicados en la Sección 2.1 de este capítulo. Para las personas calificadas, proporcionamos los siguientes:</p> <p><u>Comidas saludables (Healthy Meals)</u> Una comida al día hasta un máximo de 20 comidas por mes. Comidas saludables proporcionadas en lugares participantes aprobados por el plan para ayudar a mantener una dieta saludable que respalde una condición médica o una necesidad nutricional.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><u>Cuidado de la higiene personal</u> Cubrimos hasta \$40 cada mes para el mantenimiento de rutina del cuero cabelludo, el cabello, las manos y los pies. Los servicios cubiertos del cuidado de la higiene personal incluyen el cuidado básico del cabello (lavado/corte) y tratamiento de uñas. Los miembros deben pagar los servicios prestados fuera de las ubicaciones clínicas locales del plan. Se les reembolsará hasta el límite mensual, para lo cual deben presentar un comprobante del cosmetólogo certificado, junto con un formulario de reembolso al plan. Los miembros son responsables de todos los costos que superen el límite mensual.</p>	<p>Ningún costo que pague por los servicios no cubiertos por Medicare se aplicará a su monto máximo de bolsillo. Copago de \$0.00 para Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos.</p>
<p>Terapia de ejercicios supervisada (SET)</p> <p>La SET está cubierta para los miembros que padecen arteriopatía periférica sintomática (PAD).</p>	<p>Copago de \$0.00 por cada sesión cubierta de terapia de ejercicios supervisada (SET).</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Se cubren hasta 36 sesiones durante un periodo de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento y ejercicio para la PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario ambulatorio o en el consultorio de un médico. • 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. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero especializado/enfermero clínico especializado que debe estar capacitado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. <p>Puede tener cobertura más allá de las 36 sesiones de terapia de ejercicios supervisada (SET) durante 12 semanas y recibir 36 sesiones adicionales durante un periodo prolongado si un proveedor de cuidados médicos lo considera médicamente necesario.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	
<p>Transporte</p> <p>Cubrimos viajes ilimitados por año para los servicios relacionados con la salud en ubicaciones aprobadas por el plan. Consulte la sección Ambulancia en este cuadro para obtener información sobre el transporte en ambulancia de emergencia y que no sea de emergencia.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y referencia.</i></p>	<p>Ningún costo que pague por los servicios no cubiertos por Medicare se aplicará a su monto máximo de bolsillo.</p> <p>Copago de \$0.00. Este plan cubre servicios ilimitados de transporte de ida o de vuelta de rutina por año.</p>
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Los servicios de urgencia son para tratar una enfermedad, lesión o condición imprevistas que no son una emergencia, pero requieren</p>	<p>Copago de \$0.00 por cada servicio de urgencia cubierto.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>cuidado médico inmediato, y que, dado sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener los servicios de proveedores de la red. Si debido a las circunstancias no es razonable obtener cuidado médico inmediato de un proveedor de la red, su plan cubre los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser inmediata y médicamente necesarios. Ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red si: Usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios por una condición imprevista, pero no es una emergencia médica; o no es razonable, debido a sus circunstancias, obtener inmediatamente el cuidado médico de un proveedor de la red. Los costos compartidos para los servicios de urgencia necesarios fuera de la red son los mismos que los de los servicios que se prestan dentro de la red.</p> <p>También cubrimos los servicios fuera de los EE. UU. y sus territorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de emergencia internacional • Atención de urgencia internacional • Transporte de emergencia internacional <p>Este plan cubre los servicios de emergencia y de atención de urgencia, incluido el transporte de emergencia, si está de viaje fuera de los Estados Unidos durante menos de seis meses. Este beneficio se limita a \$100,000.00 por año.</p> <p>La cobertura de servicios de urgencia se brinda en todo el mundo.</p>	<p>Este plan cubre los servicios internacionales de atención de urgencia si está de viaje fuera de los Estados Unidos durante menos de seis meses. Esta cobertura está limitada a \$100,000 por año para los servicios internacionales de emergencia y atención de urgencia.</p> <p>Este es un beneficio suplementario y no es un beneficio cubierto por el programa federal de Medicare. Usted es responsable de todos los costos que superen los \$100,000, así como de todos los costos necesarios para el regreso al área de servicio. Es posible que tenga la opción de adquirir un seguro de viaje adicional a través de una agencia autorizada.</p> <p>Copago de \$120.00 por cada servicio de urgencia cubierto en el extranjero.</p> <p>No deberá pagar el copago si lo admiten en el hospital en un plazo de 24 horas.</p>
<p> Cuidado de visión - cubierto por Medicare</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos 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 relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. 	<p>Copago de \$0.00 por cada examen cubierto por Medicare para tratar una condición ocular.</p> <p>Copago de \$0.00 por prueba de detección de glaucoma cubierta por Medicare</p> <p>Después de una cirugía de cataratas cubierta, se aplica un</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Para las personas que tengan riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de 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 o más e hispanoamericanos de 65 años de edad o más. • Para las personas con diabetes, cubrimos una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si tiene dos operaciones de cataratas diferentes, no puede reservarse el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). 	<p>copago de \$0.00 por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare.</p> <p>Los exámenes de la vista y la detección temprana son importantes, ya que algunos problemas no provocan síntomas. Es importante encontrar los problemas de manera temprana. El médico le indicará qué pruebas necesita. Hable con su médico para saber si califica.</p>
<p>Cuidado de visión - suplementario</p> <p>Este plan proporciona cobertura de servicios de la visión adicional que Medicare Original no cubre.</p> <p>Este plan cubre 1 examen de la vista de rutina por año.</p> <p>Este plan cubre hasta \$200.00 para anteojos o lentes de contacto por año.</p>	<p>Ningún costo que pague por los servicios no cubiertos por Medicare se aplicará a su monto máximo de bolsillo.</p> <p>Copago de \$0.00 por un examen de la vista de rutina por año calendario.</p> <p>Copago de \$0.00 por anteojos por año hasta alcanzar el monto de asignación.</p> <p>Después de que el plan pague los beneficios de anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto, usted será responsable por los costos restantes.</p>
<p> Visita preventiva de "Bienvenida a Medicare"</p> <p>El plan cubre la visita preventiva de Bienvenida a Medicare por única vez. Esta visita incluye una revisión de su salud, así como educación y consejería sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y referencias a otros tipos de</p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por la visita preventiva de Bienvenida a Medicare ni por el</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>cuidado en caso de que fuera necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva de Bienvenida a Medicare solo dentro de los primeros 12 meses que tenga Medicare Parte B. Cuando realice la cita, infórmele al personal del consultorio del médico que desea programar su visita preventiva de Bienvenida a Medicare.</p>	<p>electrocardiograma cubierto por Medicare posterior a la visita.</p>

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

Esta sección le informa qué servicios están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no cubre el plan.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia o solo están cubiertos en determinadas circunstancias.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solamente en condiciones específicas
Acupuntura.		<ul style="list-style-type: none"> • Disponible para personas con lumbalgia crónica en determinadas circunstancias.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solamente en condiciones específicas
Cirugía o procedimientos estéticos.		<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto en caso de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo malformado. • Cubierto para todas las fases de reconstrucción de una mama tras una mastectomía, así como de la mama no afectada para producir un aspecto simétrico.
<p>Cuidados asistenciales.</p> <p>Los cuidados asistenciales son cuidados personales que no requieren la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como los cuidados que le ayudan con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.</p>	No cubierto bajo ninguna condición	
<p>Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos, y medicamentos.</p> <p>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Medicare Original determina que no están generalmente aceptados por la comunidad médica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Puede estar cubierto por Medicare Original bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. <p>(Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).</p>
Cargos por cuidados de sus familiares directos o miembros de su unidad familiar.	No cubierto bajo ninguna condición	
Cuidados de enfermero(a) de tiempo completo en su domicilio.	No cubierto bajo ninguna condición	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solamente en condiciones específicas
Comidas a domicilio.		<ul style="list-style-type: none"> Medicare no cubre las comidas a domicilio. Este plan puede cubrir las comidas a domicilio si se especifica en la Tabla de beneficios del Capítulo 4 como beneficio complementario. Cualquier beneficio complementario que se ofrezca no está cubierto por el programa Medicare Original, sino como beneficio adicional de este plan MA. Para obtener más información sobre cualquier beneficio complementario comuníquese con Servicios para los miembros.
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	No cubierto bajo ninguna condición	
Servicios de un naturoterapeuta (utiliza tratamientos naturales o alternativos).	No cubierto bajo ninguna condición	
Atención dental que no es de rutina.		<ul style="list-style-type: none"> La atención dental requerida para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención para pacientes internados o externos. Este plan cubre beneficios dentales integrales. Pueden aplicarse limitaciones. Consulte los <i>Servicios dentales</i> en la Tabla de beneficios médicos de este capítulo.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solamente en condiciones específicas
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.		<ul style="list-style-type: none"> • Zapatos que forman parte de un soporte de pierna y están incluidos en el costo de la férula. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético.
Artículos personales en su habitación en un hospital o un centro de atención de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	No cubierto bajo ninguna condición	
Habitación privada en un hospital.		<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto solamente cuando sea médicamente necesario.
Reversión de los procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta.	No cubierto bajo ninguna condición	
Cuidados quiroprácticos de rutina		<ul style="list-style-type: none"> • Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK, tratamiento visual y otros dispositivos de ayuda para baja visión.		<ul style="list-style-type: none"> • Examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para personas después de una cirugía de cataratas. • El plan cubre los exámenes de rutina de la vista y anteojos o lentes de contacto adicionales para que pueda adquirir anteojos y lentes de contacto cada año. Pueden aplicarse limitaciones. Consulte Atención de la vista en la Tabla de beneficios médicos de este capítulo. Servicios considerados no razonables y

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solamente en condiciones específicas
		necesarios, según las normas de Medicare Original.
Servicios considerados no razonables y necesarios, según los estándares de Medicare Original.	No cubierto bajo ninguna condición	

CAPÍTULO 5:

Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 **Introducción**

En este capítulo se **explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D**. Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de Medicare Parte B y los beneficios de medicamentos de hospicio.

Sección 1.1 Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D

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

- Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba su receta, que debe ser válida de acuerdo con las leyes estatales correspondientes.
- La persona autorizada que le da la receta no debe figurar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2, *Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertas referencias. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

SECCIÓN 2 **Obtenga sus medicamentos con receta 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, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

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

Sección 2.2 Farmacias dentro de la red

¿Cómo puede encontrar una farmacia dentro de la red en su área?

Para encontrar una farmacia dentro de la red, puede consultar su *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.healthsun.com), y/o llamar a Servicios para los miembros.

Puede acudir a cualquiera de las farmacias que estén dentro de nuestra red. Algunas de las farmacias de nuestra red ofrecen costo compartido preferido, que puede ser inferior al de una farmacia que ofrece costo compartido estándar. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indicará qué farmacias de nuestra red ofrecen un costo compartido preferido. Para obtener más información sobre qué gastos de bolsillo podrían ser distintos para diferentes medicamentos, comuníquese con nosotros.

¿Qué sucede si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red?

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. O si la farmacia que estaba usando permanece en la red, pero ya no ofrece un costo compartido preferido, tal vez desee cambiar a una nueva farmacia dentro de la red o una farmacia preferida, si estuviera disponible. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para los miembros o buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.healthsun.com.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para los miembros.
- Farmacias que brindan servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para ciertos lugares o que requieren un

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (**Nota:** es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* o llame a Servicios para los miembros.

Sección 2.3 Cómo utilizar el servicio de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una condición crónica médica o una condición médica a largo plazo. Estos medicamentos están marcados como **medicamentos de pedido por correo** en nuestra “Lista de medicamentos”.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan requiere que solicite **un suministro de medicamento para 30 días como mínimo y para 90 o 100 días como máximo**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir medicamentos por correo, llame a nuestros servicios de farmacia de pedido por correo al 1-833-272-9776 (TTY 711), disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Por lo general, un pedido de farmacia por correo le será entregado en no más de 14 días. Si por algún motivo su receta se retrasa, llame a nuestros servicios de farmacia de pedido por correo al 1-833-272-9776 (TTY 711) disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana . También puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros de HealthSun (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

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

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas de los medicamentos que reciba de los proveedores de atención médica, sin verificar con usted primero, si:

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento nuestros servicios de farmacia de pedido por correo al 1-833-272-9776 (TTY 1-833-203-1735) disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

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

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nosotros comunicándose llamando al 1-833-272-9776 (TTY 1-833-203- 1735) disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o si decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar si la nueva receta se debe enviar, atrasar o cancelar.

Para optar por no recibir las entregas automáticas de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para los miembros, el número de teléfono se encuentra en su tarjeta de miembro.

Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzaremos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que se está por quedar sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado.

Si usted elige no usar nuestro programa de resurtido automático, pero desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su receta, póngase en contacto con su farmacia 14 días antes de que su receta actual se acabe. Esto asegurará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar la participación en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando a 1-833-272-9776 (TTY 711) disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si recibe un resurtido que no desea automáticamente por correo, puede ser elegible para un reembolso.

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

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la “Lista de medicamentos” de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una condición médica crónica o de largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de proveedores y farmacias* le informa qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Lea la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 Cuándo utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicios para los miembros** para ver si hay una farmacia de la red cerca de donde usted vive. Lo más probable es que tenga que pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que cubriríamos en una farmacia de la red.

A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red:

- Se encuentra de viaje dentro de los Estados Unidos y sus territorios y se enferma, o en caso de que pierda o se le acaban sus medicamentos con receta.
- El medicamento con receta es para una emergencia médica o atención de urgencia.
- No puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque una farmacia de la red que brinda servicio las 24 horas no está disponible dentro de una distancia de 25 millas en automóvil.
- Surte su receta para un medicamento cubierto que no se encuentra regularmente en existencia en una farmacia minorista de la red (por ejemplo, un medicamento huérfano u otra especialidad farmacéutica).

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo total (en lugar de su costo compartido normal) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2 del Capítulo 7 se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. En esta *Evidencia de cobertura*, **la denominamos la “Lista de medicamentos” para abreviarla.**

Capítulo 5 **Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**

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

Los medicamentos que se encuentran en la “Lista de medicamentos” son solo los que están cubiertos por la Medicare Parte D.

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la “Lista de medicamentos” del plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento que esté en *una* de estas condiciones:

- Esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la condición para la cual ha sido recetado.
- *O bien*, avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information 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 con receta que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos basados en una proteína) se denominan productos biológicos. En la “Lista de medicamentos”, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o los productos biológicos y, por lo general, cuestan menos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Hay alternativas biosimilares para algunos productos biológicos.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos con receta y son igual de eficaces. Para obtener más información, llame a Servicios para los miembros.

Nuestro plan ofrece un beneficio de medicamentos de venta libre (OTC) tanto de la Parte C como de la Parte D. No hay ningún costo para usted por los productos de la Parte C o de la Parte D ofrecidos por el plan. Los beneficios OTC de la Parte C y de la Parte D están en listas de productos separadas y distintas. Si bien los beneficios OTC de la Parte C tienen un límite según su plan, no se necesita receta médica, y los beneficios 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 tendrán en cuenta para el máximo de gastos de bolsillo de la Parte C y

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

los medicamentos de venta libre de la Parte D no se tendrán en cuenta para el máximo de gastos de bolsillo de la Parte D (esto significa que el costo de los medicamentos de venta libre no se tomará en cuenta para el periodo sin cobertura).

¿Qué *no* se incluye en la “Lista de medicamentos”?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

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

Sección 3.2 Hay seis niveles de costo compartido para los medicamentos incluidos en la “Lista de medicamentos”

Todos los medicamentos de la “Lista de medicamentos” del plan se encuentran en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos.
- Nivel 2: medicamentos genéricos.
- Nivel 3: medicamentos de marca preferida.
- Nivel 4: medicamentos de marca no preferida.
- Nivel 5: medicamentos de atención especializada (solo los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca de la Parte D).
- Nivel 6: medicamentos complementarios (solo medicamentos excluidos).

Cada medicamento está asignado a un "nivel" específico dentro del formulario. Por lo general, los medicamentos más económicos están en el Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) y luego están los del Nivel 2 (medicamentos genéricos). Los medicamentos del Nivel 5 (medicamentos para la atención especializada) son los menos económicos y tienen un costo compartido más elevado. Los formularios por niveles alientan a que los miembros tengan en cuenta los costos al elegir los medicamentos.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la “Lista de medicamentos” del plan.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

El monto que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se incluye en el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*).

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

Tiene cuatro formas de averiguarlo:

1. Consulte la “Lista de medicamentos” más reciente que le enviamos por correo o le enviamos por vía electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (www.healthsun.com). La “Lista de medicamentos” en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para los miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la “Lista de medicamentos” del plan o para pedir una copia de la lista.
4. Use la herramienta del plan “Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) (www.healthsun.com o llame a Servicios para los miembros). Con esta herramienta, usted puede buscar medicamentos en la “Lista de medicamentos” para ver un estimado de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la “Lista de medicamentos” que pudieran usarse para tratar la misma condición. En su cuenta segura en línea en www.healthsun.com, seleccione Prescriptions – Price a Medication (Medicamentos con receta – Precio de un medicamento) y escriba el nombre del medicamento en la casilla de búsqueda.

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

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la “Lista de medicamentos”. Si un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien desde el punto de vista médico como un medicamento de mayor costo, las normas del plan están diseñadas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción de menor costo.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra “Lista de medicamentos”. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la potencia, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicarse diferentes

restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg; uno por día versus dos por día; tableta versus líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener información sobre qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitar una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Restricción de medicamentos de marca o productos biológicos originales cuando hay una versión genérica o biosimilar intercambiable disponible

Por lo general, un medicamento **genérico** o biosimilar intercambiable tiene el mismo efecto que un medicamento de marca o producto biológico original, pero suele costar menos. **Cuando esté disponible la versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o producto biológico original, las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable en lugar del de marca o producto biológico original.** Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual a usted no le serviría el medicamento genérico, ni el biosimilar intercambiable, ni que otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición le hacen efecto, entonces sí cubriremos el medicamento de marca o el producto biológico original. (La parte del costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca o el producto biológico original que para el genérico o el biosimilar intercambiable).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se conoce como **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **tratamiento escalonado**.

Limitaciones de la cantidad

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede obtener por vez. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?

Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera

Hay situaciones en las que hay un medicamento con receta que está tomando actualmente o un medicamento que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando que no está en nuestro Formulario o está en el Formulario con ciertas restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento. Tal como se explicó en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser.
- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera. Si el medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la "Lista de medicamentos" o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?

Si su medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o está restringido, esto es lo que puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.

Capítulo 5 **Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**

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

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionarle un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la “Lista de medicamentos” del plan O ahora debe estar restringido de alguna manera.**

- **Si usted es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su receta es para menos días, permitiremos varios surtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicación. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **Para los que han sido miembros del plan por más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**
Cubriremos un suministro de emergencia para 34 días de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario a la situación de suministro temporal anteriormente mencionada.

Para dudas acerca de un suministro temporal, llame a Servicios para los miembros.

En el periodo durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor sobre la posibilidad de que exista un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la “Lista de medicamentos” del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

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

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado?

Si un medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para que pague menos por el medicamento. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

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

Los medicamentos que están en nuestro Nivel 5 - medicamentos para la atención especializada no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el monto del costo compartido de los medicamentos que se encuentran en este nivel.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La “Lista de medicamentos” puede sufrir modificaciones durante el año

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

- **Agregar o retirar medicamentos de la “Lista de medicamentos”.**
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**
- **Sustituir un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar la “Lista de medicamentos” del plan.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que está tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la “Lista de medicamentos” durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizaremos nuestra “Lista de medicamentos” en línea con regularidad. A continuación, señalamos los momentos en que recibirá un aviso directo si se realizan cambios sobre un medicamento que usted está tomando.

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

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la “Lista de medicamentos” (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambas cosas)**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra “Lista de medicamentos” si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel más bajo de costo compartido con las mismas restricciones o menos. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra “Lista de medicamentos”, pero inmediatamente

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

- moverlo a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones o ambas cuando se agrega el nuevo medicamento genérico.
- Quizás no le avisemos por anticipado antes de que realicemos ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que realicemos. Esto también incluirá información sobre los pasos que podrá tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Quizás no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
 - Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.
 - **Medicamentos no seguros y otros medicamentos en la “Lista de medicamentos” que se retiran del mercado**
 - De vez en cuando, algún medicamento puede retirarse del mercado repentinamente porque se ha descubierto que no es seguro o por algún otro motivo. Si esto ocurre, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la “Lista de medicamentos”. Si está tomando ese medicamento, le informaremos este cambio de inmediato.
 - La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para su condición.
 - **Otros cambios sobre medicamentos de la “Lista de medicamentos”**
 - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca de la “Lista de medicamentos” o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambas cosas. También podemos realizar cambios en función de advertencias de la FDA en los envases o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - En el caso de estos cambios, debemos enviarle un aviso con al menos 30 días de anticipación en el que se le indique el cambio, o darle un aviso del cambio y un suministro en una farmacia de la red para 30 días del medicamento que está tomando.
 - Después de recibir el aviso del cambio, usted debe colaborar con la persona autorizada a dar recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para cumplir con las nuevas restricciones sobre el medicamento que está tomando.
 - O bien, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**Cambios sobre los medicamentos de la “Lista de medicamentos” que no le afectarán durante este año del plan**

Hacemos cambios a la “Lista de medicamentos” que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no aplicará a usted si actualmente está tomando el medicamento al momento en el que se hace el cambio; sin embargo, es posible que los siguientes tipos de cambios no lo afecten sino hasta el 1 de enero del siguiente año si permanece en el plan.

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

- Pasamos su medicamento a un nivel más alto de costo compartido.
- Imponemos una nueva restricción al uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la “Lista de medicamentos”.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que esté tomando (pero no debido a un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo sino hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos o cualquier otra restricción agregada a su uso del medicamento.

No le informaremos directamente sobre estos tipos de cambios durante el año del plan actual. Deberá revisar la “Lista de medicamentos” del siguiente año del plan (cuando la lista esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hubo cambios a alguno de los medicamentos que está tomando que le afecten durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección se describen los tipos de medicamentos que se excluyen. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo (salvo por ciertos medicamentos excluidos cubiertos por nuestra cobertura para medicamentos mejorada). Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

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

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. Uso para una indicación **no autorizada** es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
- La cobertura del uso para una indicación no autorizada solo se permite cuando esté avalada por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

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

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta (cobertura de medicamentos mejorada) que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. Algunos medicamentos utilizados para el alivio de los síntomas de la tos y el resfriado, se aplican ciertas restricciones de cantidad. Algunas vitaminas de venta con receta, como el ácido fólico y la vitamina D 50000 UI, se aplican ciertas restricciones de cantidad. Algunos medicamentos para la disfunción eréctil. Sildenafil (genérico de Viagra) o Tadalafil (genérico de Cialis).

El monto que paga por estos medicamentos no se tiene en cuenta para calificarlo para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. (En el Capítulo 6, Sección 7 de este documento, se describe la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

Además, si **recibe Ayuda Extra (“Extra Help”) de parte de Medicare** para pagar sus medicamentos con receta, el programa Ayuda Extra (“Extra Help”) no pagará los medicamentos que por lo general no cubre. (Para obtener más información, consulte la “Lista de medicamentos” del plan o llame a Servicios para los miembros. Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto). Sin embargo, si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

determinar la cobertura para medicamentos 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 Obtener un medicamento con receta

Sección 8.1 Muestre su información de la membresía

Para obtener su medicamento con receta, muestre la información de su membresía de su plan, que se puede encontrar en su tarjeta de miembro, en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento con receta cubierto. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la información de su membresía con usted?

Si usted no tiene la información de su membresía con usted en el momento de obtener su medicamento con receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedir en la farmacia que busquen información de inscripción de su plan.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** (Entonces puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

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

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

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

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, o la que utiliza el centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información o ayuda, comuníquese con Servicios para los miembros. Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo (LTC), debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra “Lista de medicamentos” o tiene algún tipo de restricción?

Consulte la Sección 5.2 sobre suministros temporales o de emergencia.

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

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

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

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

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

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

Guarde estos avisos sobre la cobertura acreditable porque es posible que los necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura para medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que usted ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió un aviso

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

sobre la cobertura acreditable, puede obtener una copia del administrador de beneficios de su empleador o plan de jubilados o del empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio 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 necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamentos para controlar las náuseas, laxantes, medicamento para el dolor o medicamentos para controlar la ansiedad) que no están cubiertos por su hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus condiciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o su proveedor del hospicio debe notificar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pregunte a su proveedor de hospicio o persona autorizada a dar recetas que le proporcione un aviso antes de que se surta su receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura

Llevamos a cabo revisiones del uso de medicamentos para nuestros miembros para asegurarnos de que estén recibiendo una atención segura y adecuada.

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

- Posibles errores en los medicamentos
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma condición
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo
- Recetas indicadas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides

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

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que nuestros miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides con receta y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y medicamento necesario. Trabajaremos junto con sus médicos y, si decidimos que es posible que su uso de los medicamentos opioides o benzodiazepina con receta no sea seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta en determinadas farmacias.
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta de determinados médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar cómo obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta le informará si limitaremos su cobertura de estos medicamentos o si deberá obtener las recetas de estos medicamentos solo de un médico en particular o de una farmacia específica. Usted tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y brindarnos cualquier otra información que considere que es importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar la cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme dicha limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

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

Sección 10.3 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Treatment, MTM). El programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen costos altos de medicamentos o se encuentran en un Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP) para recibir asistencia en el uso seguro de sus opioides, pueden obtener los servicios a través de un Programa MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la revisión, pueden hablar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción para los medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros que se encuentran en el Programa MTM recibirán información sobre el desecho seguro de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También, lleve su lista de medicamentos (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación del programa. Si tiene preguntas sobre este programa, comuníquese con Servicios para los miembros.

CAPÍTULO 6:

*Lo que le
corresponde pagar por
los medicamentos con
receta de la Parte D*

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse a su caso.** Nosotros le enviamos un inserto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get “Extra Help” Paying for Prescription Drugs (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben “Ayuda Extra” (“Extra Help”) para pagar los medicamentos con receta)*, también denominada Low Income Subsidy Rider o LIS Rider (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros, y pida la Cláusula adicional LIS.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D, algunos medicamentos están cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas a seguir cuando usted recibe sus medicamentos cubiertos. En las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 se explican estas normas. Cuando utiliza la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 5, Sección 3.3), el costo que se muestra se proporciona en "tiempo real", lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la "Herramienta de beneficios en tiempo real" llamando a Servicios para los miembros.

Sección 1.2 Tipos de gastos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Hay varios tipos de gastos que posiblemente deba pagar de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina **costo compartido** y hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

- **Deducible** es el monto que debe pagar por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.

- **Copago** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- **Coseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare los gastos de bolsillo

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta para los gastos de bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para realizar un seguimiento de los gastos de bolsillo.

Estos pagos se incluyen en los gastos de bolsillo

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

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de los medicamentos:
 - La Etapa de cobertura inicial
 - La Etapa del periodo sin cobertura
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en los gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* en los gastos de bolsillo si los efectúan en su nombre **otras personas u organizaciones**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, o por el Servicio de salud para la población india estadounidense. También se incluyen los pagos hechos por el programa Ayuda Extra (“Extra Help”) de Medicare.
- Algunos pagos realizados por el Programa de descuentos para el periodo sin cobertura de Medicare se incluyen en los gastos de bolsillo. Se incluye el monto que el fabricante paga por los medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de \$8,000 en el año calendario, pasará de la Etapa del periodo sin cobertura a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos no se incluyen en los gastos de bolsillo

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

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B.
- Pagos que usted realiza por medicamentos cubiertos en su cobertura adicional, pero que un plan de medicamentos con receta de Medicare normalmente no cubre.
- Pagos que usted realiza por medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos que realiza el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentra en la Etapa del periodo sin cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que realizan los planes de salud grupal, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y los Asuntos de veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).

Recordatorio: si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los gastos de bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicios para los miembros.

¿Cómo se puede llevar un registro total de los gastos de bolsillo?

- **Lo ayudaremos.** El informe de la Explicación de beneficios de la Parte D (EOB) que recibió incluye el monto actual de los gastos de bolsillo. Cuando esta cantidad llega a \$8,000, este informe le indicará que ha finalizado la Etapa de cobertura inicial y ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos toda la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se explica qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de los medicamentos en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento

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

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos con receta en HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO). La cantidad que paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Los detalles de cada etapa se encuentran en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son:

Etapa 1: Etapa del deducible anual

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

Etapa 3: Etapa de periodo sin cobertura

Etapa 4: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

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

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado *Explicación de beneficios de la Parte D* (la EOB de la Parte D)

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos con receta o un resurtido en la farmacia. De esta manera,

podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A este se le denomina **gastos de bolsillo**.
- Llevamos un registro de los **costos totales de sus medicamentos**. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Si ha surtido una o más recetas a través del 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:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el costo total del medicamento, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información del año hasta la fecha. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y cualquier cambio en el precio desde el primer resurtido para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con menor costo compartido para cada reclamación de medicamento con receta que puedan estar disponibles.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de miembro cuando obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de saber acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los gastos de bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los gastos de bolsillo, bríndenos copias de sus recibos. Estos son algunos ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

- Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
- Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los gastos de bolsillo. Por ejemplo, para los gastos de bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba una Explicación de beneficios (Explanation of benefits, EOB) de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que algo está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los miembros. Asegúrese de guardar estos informes.

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

No hay un deducible para HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO). Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte su 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 la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde obtiene los medicamentos con receta
--

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

El plan tiene seis niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de la “Lista de medicamentos” del plan se encuentran en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Nivel: 1 medicamentos genéricos preferidos.
- Nivel: 2 medicamentos genéricos.
- Nivel: 3 medicamentos de marca preferida. Usted paga \$35.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel: 4 medicamentos de marca no preferida.
- Nivel: 5 medicamentos de atención especializada (solo los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca de la Parte D).
- Nivel: 6 medicamentos complementarios (solo medicamentos excluidos).

Cada medicamento se asigna a un "nivel" específico dentro del formulario. Por lo general, los medicamentos más rentables están en el Nivel 1 (genéricos preferidos) y los siguientes en el Nivel 2 (genéricos). Los medicamentos del Nivel 5 (Nivel de especialidad) son los menos rentables y tienen un costo compartido más alto.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la “Lista de medicamentos” del plan.

Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según si obtiene el medicamento de:

- Una farmacia minorista de la red que ofrece un costo compartido estándar. Es posible que los costos sean inferiores en las farmacias que ofrecen un costo compartido preferido.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece un costo compartido preferido
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para averiguar cuándo cubriremos un medicamento con receta surtido en una farmacia fuera de la red.
- Una farmacia de pedido por correo del plan.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.

<p>Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para <i>un mes</i> de un medicamento</p>

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 tabla siguiente, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido.

En ocasiones, el costo del medicamento es inferior al monto de copago. En estos casos, usted pagará el precio que sea menor por el medicamento, en lugar del monto del copago.

La parte del costo que le corresponde pagar cuando recibe un suministro para *un mes* de un medicamento con receta de la Parte D que está cubierto:

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para un máximo de 30 días)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (suministro para un máximo de 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC) (suministro para un máximo de 34 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro para un máximo de 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para un máximo de 30 días)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (suministro para un máximo de 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC) (suministro para un máximo de 34 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro para un máximo de 30 días)
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos)	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
Medicamentos de insulina cubiertos de Nivel 3	\$35.00	\$35.00	\$35.00	\$35.00	\$35.00
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos de marca no preferida)	\$100.00	\$95.00	\$95.00	\$100.00	\$100.00
Nivel 5 de costo compartido (medicamentos para la atención especializada)	33%	33%	33%	33%	33%
Nivel 6 de costo compartido (medicamentos complementarios)	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

Si su copago es superior a \$0.00, el monto que usted paga dependerá de si califica para el subsidio por bajos ingresos (LIS), también conocido como Programa de Medicare de “Ayuda Extra” (“Extra Help”). Para obtener más información sobre el programa de “Ayuda Extra”, consulte la Sección 7 del Capítulo 2. No pagará más de \$35.00 para el Nivel 3 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto.

Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D para las vacunas de la Parte D.

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, desee pedirle a su médico que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo de un medicamento o varios, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos con receta.

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

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

<p>Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento a largo plazo</p>
--

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro para 90 o 100 días.

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro de un medicamento a largo plazo.

- En ocasiones el costo del medicamento cubierto es menor al monto de su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento, en lugar de pagar el copago.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D**Su parte del costo cuando recibe un suministro a largo plazo de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:**

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) ¹	Costo compartido de pedido por correo
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos) (hasta 100 días de suministro)	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos) (hasta 90 días de suministro)	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferida)	No hay un suministro a largo plazo disponible para medicamentos del Nivel 3.		
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos de marca no preferida)	No hay un suministro a largo plazo disponible para medicamentos del Nivel 4.		
Nivel 5 de costo compartido (medicamentos para la atención especializada)	No hay un suministro a largo plazo disponible para medicamentos del Nivel 5.		
Nivel 6 de costo compartido (medicamentos complementarios)	No hay un suministro a largo plazo disponible para medicamentos del Nivel 6.		

¹ Estas farmacias selectas están marcadas con un asterisco en su *Directorio de proveedores y farmacias*.

El monto que pague dependerá de si califica para el subsidio por bajos ingresos (low-income subsidy, LIS), también conocido como programa Ayuda Extra (“Extra Help”) de Medicare. Para obtener más información sobre el programa Ayuda Extra, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$5,030

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total correspondiente a los medicamentos con receta que ha obtenido llegue al **límite de \$5,030 para la Etapa de cobertura inicial**.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta que normalmente un plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. Los pagos realizados por estos medicamentos no se tendrán en cuenta para su límite de cobertura inicial o el total de los gastos de bolsillo.

La Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) que le enviamos lo ayudará a llevar un registro de lo que usted y el plan, así como cualquier otro tercero, han gastado en usted durante el año. Muchas personas no llegan al límite de \$5,030 en un año.

Le informaremos cuando alcance el monto. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa del periodo sin cobertura. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa del periodo sin cobertura

Durante la Etapa del periodo sin cobertura, por un suministro para 30 días de:

- Nivel 1 - medicamentos genéricos preferidos: usted paga \$0.00 en farmacias de la red que ofrecen un costo compartido preferido/\$0.00 en otras farmacias de la red.
- Nivel 2 - medicamentos genéricos: usted paga \$0.00 en farmacias de la red que ofrecen un costo compartido preferido/\$0.00 en otras farmacias de la red.

El suministro a largo plazo de estos medicamentos también está disponible en la Etapa del periodo sin cobertura. Consulte la Tabla de suministro a largo plazo que figura en la Sección 5.4 de este capítulo para conocer la parte del costo que le corresponde.

Para todos los demás medicamentos genéricos, usted paga el 25% de los costos. Para los medicamentos de marca, usted paga el 25% del precio (más una parte del costo de suministro). Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se tienen en cuenta para los gastos de bolsillo, como si usted hubiera pagado esa cantidad, y lo desplaza a través del periodo sin cobertura.

Usted sigue pagando estos costos hasta que el total de gastos de bolsillo anual llegue a la cantidad máxima que ha fijado Medicare. Cuando llega a esta cantidad de \$8,000, usted sale de la Etapa del periodo sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que no se cuenta para los gastos de bolsillo (Sección 1.3).

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

Los requisitos de coseguro de la Etapa del periodo sin cobertura no aplican para los productos de insulina cubiertos de la Parte D y la mayoría de sus vacunas para adultos de la Parte D, entre ellas las del herpes zóster, el tétanos y las vacunas que se requieren para viajar.

Usted no pagará más de \$35.00 para el Nivel 3 por un suministro para un mes por cada producto de insulina cubierto.

Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información acerca de las vacunas de la Parte D y el costo compartido para las vacunas de la Parte D.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la totalidad del costo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D

Usted ingresa en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando sus gastos de bolsillo han alcanzado el límite de \$8,000 para el año calendario. Una vez que usted esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

A partir de 2024, si alcanza la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

SECCIÓN 8 Información de beneficios adicionales

También ofrecemos una cobertura de medicamentos mejorada para algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos por el plan de medicamentos con receta de Medicare. Estos medicamentos están cubiertos en el Nivel 6: medicamentos complementarios (medicamentos excluidos solamente). Algunos medicamentos utilizados para el alivio de los síntomas de la tos y el resfriado, se aplican determinadas restricciones en cuanto a la cantidad. Algunas vitaminas recetadas, como el ácido fólico y la vitamina D 50,000 UI, se aplican determinadas restricciones en cuanto a la cantidad. Algunos medicamentos para la disfunción eréctil, como Sildenafil (genérico de Viagra) o Tadalafilo (genérico de Cialis). Usted paga \$0 por el Nivel 6: medicamentos complementarios durante todas las etapas del medicamento.

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

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la “Lista de medicamentos” del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos

sin costo para usted. Consulte la “Lista de medicamentos” de su plan o comuníquese con Servicios para los miembros para obtener detalles de cobertura y costos compartidos para vacunas específicas.

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

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

Sus costos para vacunas de la Parte D dependen de tres elementos:

1. Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada el Comité asesor sobre prácticas de inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están recomendadas por el ACIP y no tienen costo para usted.

2. Dónde obtiene la vacuna

- La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada en el consultorio del médico.

3. Quién le administra la vacuna

- Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. También puede administrarla un proveedor en el consultorio del médico.

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

- A veces, cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que le corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará la totalidad de los costos que haya pagado.
- Otras veces, cuando reciba una vacuna, tendrá que pagar solo su parte del costo que le corresponde según su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

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

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted deberá pagarle a la farmacia el coseguro o copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de la administración de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando obtiene la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará la totalidad del monto que haya pagado. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que haya pagado menos cualquier coseguro o copago por la vacuna (incluida la administración), y menos la diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe "Ayuda Extra" ("Extra Help"), le reembolsaremos la diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red y luego la lleva al consultorio de su médico donde se la administrarán.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted deberá pagarle a la farmacia el coseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de este servicio.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará la totalidad del monto que haya pagado. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto haya pagado menos cualquier copago por la administración de la vacuna, y menos la diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe "Ayuda Extra" ("Extra Help"), le reembolsaremos la diferencia).

CAPÍTULO 7:

*Cómo solicitarnos que
paguemos la parte que nos
corresponde de una factura que
usted recibió por concepto de
servicios médicos o
medicamentos cubiertos*

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

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total en ese momento. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan. En cualquiera de los casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se le llama reembolsar). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Puede que existan plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó o posiblemente por más de su parte de los costos compartidos, como se explica en el documento. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, usted deberá enviarnos esta factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más de los costos compartidos permitidos por el plan. Si este proveedor está contratado, usted aún tiene derecho al tratamiento.

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

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

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

- Usted es responsable de pagar solo su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia. Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, pídaenos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
 - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y pedirle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

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

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

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

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

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

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información sobre estas circunstancias.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la

Capítulo 7 **Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos**

información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

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

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

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la “Lista de medicamentos” del plan; o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

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. En el Capítulo 9 de este documento se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede solicitarnos un reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de la factura y de los recibos para sus registros. **Debe presentarnos la reclamación en un plazo de un año** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede llenar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida. Sus solicitudes por escrito deben incluir su nombre, su identificación de miembro de HealthSun o su fecha de nacimiento, su número de teléfono o una copia de su recibo o cualquier otro comprobante de pago con el nombre y la dirección del proveedor y la fecha de servicio.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web www.healthsun.com o llame a Servicios para los miembros y pida uno.

Envíenos su solicitud de pago **por servicios médicos**, junto con las facturas o recibos pagados, a esta dirección:

HealthSun Health Plans

9250 W Flagler Street, Suite 600
Miami, FL 33174

Envíenos por correo su solicitud de pago **por los medicamentos con receta de la Parte D**, junto con las facturas o recibos pagados, a esta dirección:

CarelonRx
Claims Department - Part D Services
P.O. Box 52077
Phoenix, AZ 85072-2077
O correo electrónico RxPaperClaim_AnthemMEDD@CVSHealth.com

SECCIÓN 3 **Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no**

Sección 3.1 **Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos**

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir la atención médica o el medicamento o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta en la que explicaremos las razones por las que no le estamos enviando el pago y cuál es su derecho para apelar esa decisión.

Sección 3.2 **Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación**

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

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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 todas las personas inscritas, incluidas aquellas con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellas con antecedentes culturales y étnicos diversos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la disposición de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros.

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

Si los proveedores de la red 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 a dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llámenos para presentar un reclamo ante Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) o escríbanos a: Civil Rights Coordinator (Coordinador de Derechos Civiles) Grievance & Appeals; 9250 W. Flagler Street, Suite 600, Miami, FL 33174. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derecho a elegir a un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red del plan que le proporcione y organice sus servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de obtener una remisión.

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

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

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo exigido por estas leyes.

- Su información de salud personal incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió 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 un aviso por escrito, que se denomina **Notice of Privacy Practices** (Aviso sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las circunstancias mencionadas a continuación, si tenemos la intención de suministrarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle a usted, o a alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones en su nombre, su autorización por escrito antes de hacerlo*.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
 - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para

investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales; por lo general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica específicamente.

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

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

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

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

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO), usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los miembros:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información acerca de proveedores y farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener información de nosotros 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 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre el pedido de una explicación por escrito de por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

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

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su condición médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su condición, independientemente de su precio o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Tiene el derecho a ser informado sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuestos es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir el 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. Desde luego que, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

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

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

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **instrucciones anticipadas**. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres

diferentes para ellas. Los documentos, como el **testamento vital** y el **poder de representación para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una **instrucción anticipada** para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Si desea preparar instrucciones anticipadas, puede pedirle un formulario a su abogado o al asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios para los miembros para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde 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.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia también. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

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

Recuerde: es su elección si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (incluso si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar una queja ante Florida Agency for Health Care Administration.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o quejas y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea

solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

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 siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), 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 algo diferente?

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que sus derechos no han sido respetados, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

- Puede **llamar a Servicios para los miembros.**
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).** Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares en donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios para los miembros.**
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).** Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare.**
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare Rights & Protections* (Sus derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En este documento sobre la *Evidencia de cobertura* sabrá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga su atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener 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 de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe continuar pagando una prima por Medicare Parte B para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o medicamento.
 - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a su ingreso anual, debe continuar pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, tenemos que saberlo** para que mantengamos su registro de miembro actualizado y sepamos cómo comunicarnos con usted.

- Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, usted no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.
- Si se muda, también es importante que lo notifique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

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

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**; también denominadas reclamos.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y lo que debe hacer.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para simplificar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece presentar una queja en lugar de interponer un reclamo, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización o determinación de 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.

No obstante, puede resultarle útil y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad y precisión cuando quiera tratar algún problema y obtener la ayuda o información adecuadas para usted. Para ayudarle 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 ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre el trato que recibe de nosotros, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con Servicios para los miembros para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera

la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se incluyen dos entidades que pueden ayudarle.

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

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

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las URL del sitio web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

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

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, 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 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

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

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

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

Sí.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Vaya 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 Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluidos los pagos). Para simplificar, por lo general nos referimos a los productos médicos, servicios y medicamentos con receta de Medicare Parte B como **atención médica**. El proceso para decisiones de cobertura y apelaciones es el que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan le remite a un especialista que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista o que la *Evidencia de cobertura* deje claro que el servicio remitido no está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico puede comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico concreto o se niega a proporcionarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, una solicitud de decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no la revisaremos. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que determinamos lo que cubriremos y cuánto pagaremos. En algunos casos, es posible que decidamos no cubrir una atención médica o que ya no está cubierta por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede apelar.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y no se siente satisfecho con ella, usted puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, que

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

analizaremos más adelante, puede solicitar una apelación acelerada o **apelación rápida** de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

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

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

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

- No es necesario que haga nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Si desea más información sobre las apelaciones de Nivel 2, consulte la **Sección 6.4** de este capítulo.
- En el caso de apelaciones relacionadas con medicamentos de la Parte D, si rechazamos la totalidad o parte de su apelación, deberá hacer una apelación de Nivel 2. Encontrará más información sobre las apelaciones relacionadas con los medicamentos de la Parte D en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión en 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 apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

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

- **Puede llamar a Servicios para los miembros.**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios para los miembros y pida el formulario *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el

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

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/>).

- Su médico puede solicitar en su nombre una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica o medicamentos con receta de la Parte B. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
- Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es rechazada, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros y pida el formulario *Nombramiento 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 de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que la recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), se desestimará su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?

Existen cuatro diferentes situaciones que suponen 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 con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 7** de este capítulo: "Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto"
- **Sección 8** de este capítulo: "Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto" (*se aplica solo a estos servicios: atención de la salud a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)*)

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame a Servicios para los miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el SHIP.

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

Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

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

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan lo cubre. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

2. Nuestro plan no autoriza la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó atención médica y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3**

Nota: si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), debe leer la Sección 7 y la Sección 8 de este Capítulo. Hay normas especiales que aplican a estos tipos de atención.

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

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se denomina **determinación de la organización**.

Una decisión de cobertura rápida se denomina una **determinación acelerada**.

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

Se toma una decisión de cobertura estándar usualmente dentro de un plazo de 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Se toma una decisión de cobertura rápida generalmente dentro de un plazo de 72 horas, para servicios médicos, o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:

- *Solo podrá solicitar cobertura para artículos y/o servicios médicos (no podrá solicitar pagos por artículos y/o servicios que ya haya recibido).*
- *Puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si el hecho de recurrir a los plazos estándar podría afectar de forma grave o perjudicar su capacidad física.*

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

- **Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos la decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explique que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explique que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente le proporcionaremos una decisión de cobertura rápida.
 - Explique que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

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

Paso 3: consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar, utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si está solicitando un **medicamento con receta de Medicare Parte B**, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de Medicare Parte B.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le daremos respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para recibir más información sobre quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida usamos un plazo de tiempo acelerado.

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

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si está solicitando un artículo o servicio médico. Si está solicitando un medicamento con receta de Medicare Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales**. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de Medicare Parte B.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para recibir más información sobre quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

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

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a pedir que reconsideremos esta decisión al solicitar una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando 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 sobre atención médica se denomina **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se conoce como **reconsideración acelerada**.

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

Una apelación estándar se lleva a cabo, por lo regular, en un plazo de 30 días o 7 días para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida se lleva a cabo, por lo regular, en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando la decisión que hemos tomado sobre la cobertura por la atención que aún no ha recibido, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos indica que su salud requiere de una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.

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

- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida como se indica en la Sección 5.2 de este capítulo.

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

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** El Capítulo 2 incluye la información de contacto.
- **Si está solicitando una apelación rápida, puede hacerlo por escrito o puede llamarnos.** El Capítulo 2 incluye la información de contacto.
- **Debe hacer su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente; es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información que respalde su apelación.**

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Si es necesario, es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para recopilar más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de que hayamos recibido su apelación.** Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que le pudiera beneficiar, es posible que **nos tome hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si su solicitud se trata de un medicamento con receta de Medicare Parte B.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 72 horas (o al final del plazo de tiempo extendido, si es que tomamos días adicionales), se nos exige que enviemos automáticamente su solicitud al proceso de apelaciones de Nivel 2, en donde la revisará una

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

organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente enviaremos su apelación a una organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciban su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, debemos darle respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación. Si su solicitud es sobre un medicamento con receta de Medicare Parte B que aún no ha recibido, le daremos respuesta en un **plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que le pudiera beneficiar, es posible que **nos tome hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si su solicitud se trata de un medicamento con receta de Medicare Parte B.
 - Si usted considera que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le daremos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas).
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo convenido (o al final del plazo de tiempo extendido), se nos exige que enviemos automáticamente su solicitud al proceso de apelaciones de Nivel 2, en donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o en un **plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de Medicare Parte B.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, enviaremos su solicitud automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE** (del inglés Independent Review Entity).

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

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

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación rápida de Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida de Nivel 2

- Para la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de Medicare Parte B.

Si se le concedió una apelación estándar de Nivel 1, también se le concederá una apelación estándar de Nivel 2

- Para la apelación estándar, si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento con receta de Medicare Parte B, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.

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

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

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

- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándares o en el plazo de 72 horas de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión para solicitudes aceleradas.
- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos con receta de Medicare Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándares** o en el plazo de **24 horas** de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión para **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no se debe autorizar. (Esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - Explicando su decisión.
 - Notificándole sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelación.
 - Informándole cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después de Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.

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

- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

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

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** si la atención médica por la que pagó tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. O, si aún no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3. Para presentar una apelación para el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Tenemos que darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

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

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre en qué consiste una indicación médicamente aceptada). Para más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, normas, restricciones y costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de medicamento en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta cubierto para pacientes externos* 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 las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su medicamento no se puede dispensar según aparece en la receta, la farmacia le dará un aviso por escrito explicando cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término legal

Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **determinación de cobertura**.

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

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**

- Solicitar una aprobación previa de un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar por un medicamento con receta que ya ha comprado. **Solicitar que le hagamos un reembolso. Sección 6.4**

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

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

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la “Lista de medicamentos” se denomina, en ocasiones, solicitar una **excepción al Formulario**.

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura de un medicamento se denomina, en ocasiones, solicitar una **excepción al Formulario**.

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido se denomina, en ocasiones, solicitar una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que tomemos en cuenta su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que usted necesita que se apruebe la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra “Lista de medicamentos”.** Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no figura en la “Lista de medicamentos”, deberá pagar el costo compartido que se aplique a medicamentos del Nivel 4: medicamentos de marca no preferida. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto al monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos que figuran en nuestra “Lista de medicamentos”. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en la cantidad de copago o coseguro que le pediremos que pague por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Todos los medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos” se encuentran en uno de los seis niveles de costo

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

compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.

- Si nuestra “Lista de medicamentos” contiene medicamento(s) alternativo(s) para tratar su condición que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al (los) medicamento(s) alternativo(s).
- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a un costo compartido más bajo. Esto sería al nivel más bajo que contenga alternativas de productos biológicos para tratar su condición.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su condición.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas genéricas o de marca para tratar su condición.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento en el Nivel 5 - medicamentos para la atención especializada.
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones**Su médico debe explicarnos las razones médicas**

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

Generalmente, la “Lista de medicamentos” incluye más de un medicamento para tratar una condición en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción a nivel de cobertura, en general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del (de los) nivel(es) de costo compartido más bajo no funcionen igual para usted o exista la posibilidad de que le causen un efecto adverso o daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación.

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

Término legal

Una decisión de cobertura rápida se denomina una **determinación de cobertura acelerada**.

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

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman dentro de las **72 horas** después de recibida la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápida** se toman dentro de las **24 horas** después de recibida la declaración de su médico.

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

- Debe solicitar un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- El hecho de usar los plazos estándar podría afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física.
- **Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico u otra persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que:
 - Explica que utilizaremos los plazos estándar.

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

- Explica que, si su médico u otra persona autorizada a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
- Le indica cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede tener acceso al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario de *solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)* o en nuestro formulario del plan, los cuales están disponibles en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto y la información que identifique la reclamación denegada que está apelando.

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

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que es la razón médica de la excepción. Su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede enviarnos el estado de cuenta por fax o correo. O su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: consideramos su solicitud y le damos respuesta.***Plazos para una decisión de cobertura rápida***

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** posteriores después de recibida su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente.

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

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- En general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **brindar la cobertura** que hemos acordado proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Debemos darle una respuesta en un plazo **de 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de medicamento que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando 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 un medicamento 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.

Generalmente, una apelación estándar se realiza dentro de los 7 días. Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida.

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

Paso 2: usted, su representante, su médico o la persona autorizada a dar recetas. debe contactarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **En el caso de las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el *Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid, CMS)*, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto y la información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por

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

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

- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información adicional para sustentar su apelación.

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

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

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.** Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después 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 nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura tan rápido como lo requiera su salud, pero nunca después de **7 días calendario** de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar para el reembolso por un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de **30 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar *otra* apelación.

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

Sección 6.6 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE** (del inglés Independent Review Entity).

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

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

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **de riesgo**, según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la IRE.
- Le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.**

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

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

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

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión acepta concederle una apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Si presenta una apelación estándar de Nivel 2, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

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

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de reembolso del costo** de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

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

Si la organización rechaza **parte o toda** su apelación, eso implica que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión.

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

- Notificando sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que está solicitando cumple un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión de Nivel 2 es final.
- Indicando el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

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

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si quiere avanzar a la apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

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

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

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los dos días de ser admitido en el hospital, se le dará un aviso por escrito llamado *An Important Message from Medicare about Your Rights (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos)*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social, una enfermera), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si

necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. Este le explica:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión sobre el alta hospitalaria si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
- Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. Guarde la copia del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.

- Si firma el aviso más de dos días antes de su fecha del alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
- Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para los miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

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

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

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Compruebe si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta.**
 - **Si usted cumple con este plazo,** es posible que pueda permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación.
 - **Si no cumple con este plazo** y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, y todavía desea apelar, puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su 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 en que se nos contacte, le daremos un **Aviso detallado de alta.** Este aviso le indica su fecha prevista del alta y le explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que

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

reciba el alta en esa fecha.

Para obtener una muestra del **Aviso detallado de alta**, puede llamar a Servicios para los miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra por Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza 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 debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le dará su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

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

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión *acepta*, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.**
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1. Esto se llama *confirmar la decisión*.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación). Si decide presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- En el Nivel 3, un juez administrativo o árbitro revisa su apelación. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de su alta hospitalaria?

Término legal

A la revisión rápida (o apelación rápida) también se la denomina **apelación acelerada**.

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para comenzar su apelación de Nivel 1 del alta del hospital. Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una revisión rápida.

- **Pida una revisión rápida.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos rápidos en lugar de los estándares. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: hacemos una revisión rápida de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de que usted pida una revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación**, significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación**, estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: si rechazamos su apelación, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: proceso de apelación de Nivel 2 alternativa

Término legal
El nombre formal para la organización de revisión independiente es Entidad de revisión independiente . A veces se la denomina IRE (del inglés Independent Review Entity).

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: enviaremos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con

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

otros, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, debemos reembolsarle (devolverle el dinero de) la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Debemos seguir brindando la cobertura del plan para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que están de acuerdo en que la fecha prevista del alta del hospital era médicamente apropiada.
 - El aviso por escrito 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 administrativo o un mediador.

Paso 3: si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir a una apelación de Nivel 3.
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:*
Servicios de atención de la salud a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)

Cuando está recibiendo **servicios cubiertos de atención de la salud a domicilio, atención de enfermería especializada, o atención de rehabilitación en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)**, tiene derecho a seguir recibiendo

sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Término legal

El **Aviso de no cobertura de Medicare** le indica cómo puede solicitar una **apelación rápida**. Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

1. **Recibirá un aviso por escrito**, al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso se le indica:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante un periodo más prolongado.
2. **Se le pedirá que usted o alguien que actúe en su nombre firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió**. Firmar el aviso *solo* indica que usted ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que usted esté de acuerdo** con la decisión del plan de dejar de prestar atención médica.

Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un periodo más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un periodo más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**

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

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros. O bien, llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos de la salud a los que les paga el gobierno federal para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: haga su apelación de Nivel 1. Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una *apelación rápida*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O bien, busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** que aparece en el *Aviso de no cobertura de Medicare (Notice of Medicare Non-Coverage, NOMNC)*.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y todavía quiere presentar una apelación, debe hacerlo directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar una apelación, consulte la Sección 8.5.

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

Término Legal
Explicación detallada de no cobertura. Aviso que ofrece los detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informan sobre su apelación, usted también recibirá una **Explicación detallada de no cobertura** donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención de la salud a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total de esta atención.**

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación del Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar otra apelación de Nivel 2.

Sección 8.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un periodo más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a

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

domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de un plazo de 60 días** después de que la Organización para la mejora de la calidad *rechaza* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: los revisores decidirán, en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.*¿Qué sucede si la organización de revisión acepta?*

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente, usted debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Término legal

A la revisión rápida (o apelación rápida) también se la denomina **apelación acelerada**.

Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar. El Capítulo 2 incluye la información de contacto.

Paso 2: hacemos una revisión rápida de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si rechazamos su apelación rápida, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término legal
El nombre formal para la organización de revisión independiente es Entidad de revisión independiente . A veces se le denomina IRE (del inglés Independent Review Entity).

Paso a paso: proceso de apelación de Nivel 2 alternativa

Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos con respecto a su apelación rápida. Esta organización decide si la decisión se deberá cambiar. **La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: enviaremos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle el dinero) la parte que nos corresponde de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación,** significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan en su primera apelación y que no la cambiarán.
- En el aviso que reciba de la organización de revisión independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer para continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, hasta un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que usted recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- Una apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. A la revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.
-----------------------------	---

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.

- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
 - Si decidimos 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* concluir o *no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo debería continuar con ese proceso.

Apelación de Nivel 5 Un juez del Tribunal Federal de Primera Instancia revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras del Tribunal Federal de Primera Instancia.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.
-----------------------------	---

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado. Debemos autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Juez administrativo o mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para apelaciones de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4	El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.
-----------------------------	--

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado. Debemos autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Primera Instancia.

PRESENTAR QUEJAS

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

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en Servicios para los miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?

Queja	Ejemplo
<p>Tiempos de espera</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicios para los miembros u otro personal de nuestro plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Entre los ejemplos, se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, en la sala de consulta o cuando le van a dar una receta.
<p>Limpieza</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
<p>Información que obtiene de nosotros</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender?
<p>Puntualidad</p> <p>(Estos tipos de quejas se relacionan con lo <i>oportuno</i> de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones).</p>	<p>Si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si ha pedido que le demos una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para darle una decisión de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para cubrir o reembolsar ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos los plazos obligatorios para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- A una **queja** también se la denomina **reclamo**.
- Otro término para **presentar una queja** es **interponer un reclamo**.
- Otra forma de decir **usar el proceso para quejas** es **usar el proceso para interponer un reclamo**.
- A una **queja rápida** también se la denomina **reclamo acelerado**.

Sección 10.3 Paso a paso: presentación de una queja

Paso 1: comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para los miembros.** Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
 - **Si llama o envía su reclamo por escrito, proporciónenos la siguiente información:** su nombre, dirección, número de teléfono y número de identificación de miembro. Un resumen del reclamo, cualquier comunicación anterior con nosotros y una descripción de la acción que está solicitando. Si el reclamo es por escrito, incluya su firma o la firma de su representante autorizado y la fecha en la que se firmó la carta de reclamo. Cuando presente una queja sobre una decisión que tomamos para no acelerar una determinación de la organización/de cobertura o reconsideración/redeterminación, usted tiene el derecho a solicitar una respuesta acelerada. Si usted o su representante autorizado requiere asistencia para preparar y presentar su reclamo por escrito, comuníquese con Servicios para los miembros al número de teléfono que figura en el Capítulo 2 de este documento.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea presentar la queja.

Paso 2: analizaremos su queja y le daremos una respuesta

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorar

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

hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.

- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente con la Organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ante nosotros y también ante la Organización para la mejora de la calidad al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

*Cancelación de su membresía en el
plan*

SECCIÓN 1 Introducción a cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) puede hacerse de forma **voluntaria** (cuando es su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. La Sección 2 y la 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica y medicamentos con receta y usted seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1	Puede cancelar su membresía durante el Periodo de inscripción anual
--------------------	--

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Periodo de inscripción anual** (también conocido como el **Periodo de inscripción abierta anual**). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Periodo de inscripción anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía se cancelará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El Periodo de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Periodo de inscripción abierta anual de Medicare Advantage**, usted puede realizar lo siguiente:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiar a Medicare Original en este periodo, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Periodo de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Periodo de inscripción especial**.

Puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Periodo de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones aplica a usted. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para Ayuda Extra (“Extra Help”) para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC).

- Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
- **Nota:** si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan. El Capítulo 5, Sección 10, le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.

Los periodos de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un Periodo de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- *O bien*, Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

Nota: si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Si usted recibe Ayuda Extra (“Extra Help”) de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: si se pasa a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare distinto, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios para los miembros.**
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> Otro plan de salud de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su inscripción en HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
<ul style="list-style-type: none"> Medicare Original <i>con</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su inscripción en HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
<ul style="list-style-type: none"> Medicare Original <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros. También puede comunicarse con Medicare, llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Su inscripción en HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) se cancelará cuando comience su cobertura en Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus artículos médicos, sus servicios médicos y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe usando las farmacias de nuestra red o pedido por correo para obtener sus medicamentos con receta.**
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).**

SECCIÓN 5 HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?
--

HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene Medicare Parte A ni Medicare Parte B.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para los miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le proporciona cobertura para medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad en nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y nos dificulta la tarea de brindarles atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).

- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía puede llamar a Servicios para los miembros.

Sección 5.2 **No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.**

HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su 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 cancelamos su membresía en nuestro plan**

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las reglamentaciones creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, 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 consultar la información en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para los miembros. Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros puede ayudarlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO), como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

Avisos legales adicionales

Cobro de pagos correspondientes a los miembros

En determinadas circunstancias, si pagamos montos de proveedores de atención médica que son responsabilidad suya, como deducibles, copagos o coseguro, podemos cobrarle esos montos directamente a usted. Usted acepta que tenemos el derecho de cobrarle a usted esos montos.

Cesión

Los beneficios proporcionados conforme a esta *Evidencia de cobertura* son para beneficio personal del miembro y no pueden transferirse ni cederse. Ante cualquier intento de cesión de este contrato se perderán automáticamente todos los derechos adquiridos en virtud de este.

Aviso sobre las reclamaciones

Usted tiene 36 meses a partir de la fecha en que obtuvo el medicamento con receta para presentar una reclamación en papel. Esto se aplica a las reclamaciones que usted presenta y no a las reclamaciones presentadas por una farmacia o un proveedor.

En caso de la prestación de un servicio por el cual se le factura, usted tiene al menos 12 meses a partir de la fecha del servicio para presentar esas reclamaciones a su plan. Conforme a la Póliza de beneficios de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) Pub. 100-02, Capítulo 15, Sección 40, se requiere que los médicos y los profesionales presenten reclamaciones en nombre de los beneficiarios por todos los artículos y servicios que ellos proporcionen respecto de los cuales se puede realizar un pago de Medicare conforme a la Parte B. Además, **no se les permite cobrar a los beneficiarios montos que superen los límites sobre los cargos que se aplican al artículo o al servicio que se presta**. Sin embargo, un médico o profesional (como se define en la Sección 40.4) puede excluirse de Medicare. Un médico o profesional que se excluye no tiene la obligación de presentar reclamaciones en nombre de los beneficiarios, y también está excluido de los límites sobre los cargos correspondientes a servicios cubiertos por Medicare.

Envíenos por correo su solicitud de pago de servicios médicos, junto con las facturas o recibos pagados, a esta dirección:

Capítulo 11 Avisos legales

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

Envíenos por correo su solicitud de pago de medicamentos con receta de la Parte D, junto con las facturas o recibos, a esta dirección:

CarelonRx
Claims Department - Part D Services
P.O. Box 52077
Phoenix, AZ 85072-2077
O un email a RxPaperClaim_AnthemMEDD@CVSHealth.com

Contrato indivisible

Esta *Evidencia de cobertura* y las cláusulas adicionales aplicables adjuntas, así como su formulario de inscripción completado, constituyen el contrato indivisible entre las partes y, a partir de la fecha de vigencia del presente documento, sustituyen a todos los demás acuerdos entre las partes.

Exención por parte de los agentes

Ningún agente ni otra persona, excepto un oficial ejecutivo de HealthSun, tiene autoridad para una otorgar una exención respecto de cualquier condición o restricción estipulada en esta *Evidencia de cobertura* o en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Ningún cambio en esta *Evidencia de cobertura* tendrá validez a menos que sea evidenciado mediante un endoso firmado por un oficial ejecutivo autorizado de la compañía o mediante una enmienda a dicho documento firmada por el oficial autorizado de la compañía.

Cese de las operaciones

En caso del cese de las operaciones o de la disolución de su plan en el área en la que usted reside, se dará por terminada esta *Evidencia de cobertura*. Usted recibirá un aviso 90 días antes de que la *Evidencia de cobertura* se dé por terminada. **Tenga en cuenta lo siguiente:** si se da por terminada la *Evidencia de cobertura*, su cobertura también terminará.

En ese caso, la compañía le explicará las opciones disponibles para usted en ese momento. Por ejemplo, podría haber otros planes de salud en su área para que usted se inscriba, si lo desea. O tal vez desee regresar a Medicare Original y, posiblemente, obtener seguro suplementario. Si opta por lo último, HealthSun se encargará de coordinar que usted obtenga, sin una evaluación de su estado de salud general o un periodo de espera, una póliza de seguro de salud suplementario para cubrir el coseguro y los deducibles de Medicare.

Ya sea que usted se inscriba o no en otro plan de salud prepagado, no habría un periodo sin cobertura.

Negativa a aceptar tratamiento

Usted puede, por motivos personales o religiosos, negarse a aceptar procedimientos o tratamientos que su médico de atención primaria recomiende como necesarios. Si bien esa negativa constituye un derecho que usted tiene, en algunas situaciones se puede considerar un obstáculo en lo que respecta a la continuación de la relación proveedor/paciente, o a la prestación del estándar de atención apropiado.

Cuando un miembro se niega a recibir un tratamiento o procedimiento necesario recomendado, y el médico de atención primaria considera que no existe una alternativa aceptable desde el punto de vista profesional, se le informará al miembro al respecto.

En caso de que usted mismo se dé de alta de un centro en contra de la recomendación médica, su plan pagará los servicios cubiertos prestados hasta el día en que usted mismo se dé de alta. Los cargos correspondientes a esa admisión se pagarán por día o conforme al Grupo relacionado por el diagnóstico (Diagnostic Related Grouping, DRG) apropiado, según corresponda.

Limitaciones respecto de las acciones

No se puede iniciar ninguna acción legal para recuperar beneficios dentro de los 60 días posteriores a la fecha de prestación del servicio. No se puede iniciar ninguna acción de ese tipo una vez que hayan transcurrido tres años a partir de la fecha de prestación del servicio respecto del cual se basa la acción legal.

Circunstancias que exceden el control del plan

En caso de una epidemia, catástrofe, emergencia general u otra circunstancia que exceda el control de la compañía, ni su plan ni ningún proveedor tendrán responsabilidad ni obligación alguna, excepto lo mencionado a continuación, como resultado de la demora razonable en la prestación de servicios:

- Debido al acontecimiento, usted puede tener que obtener servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red en lugar de obtenerlos de un proveedor de la red. Su plan le reembolsará hasta el monto que hubiera estado cubierto según esta *Evidencia de cobertura*.
- Su plan puede requerir declaraciones por escrito de usted y del personal médico que le brindó asistencia, que confirmen su enfermedad o lesión y la necesidad respecto del tratamiento que usted recibió.

Exclusiva discreción del plan

El plan puede, a su exclusiva discreción, cubrir servicios y suministros que no estén específicamente cubiertos por la *Evidencia de cobertura*.

Esto se aplica si el plan determina que dichos servicios y suministros se proporcionan en lugar de servicios y suministros más costosos que se hubieran requerido de otro modo para la atención y el tratamiento de un miembro.

Divulgación de información

Usted tiene derecho a solicitar la siguiente información de su plan:

- Información sobre los planes de incentivo a médicos de su plan.
- Información sobre los procedimientos que su plan utiliza para controlar el uso de servicios y gastos.
- Información sobre la condición financiera de la compañía.
- Cobertura general e información comparativa del plan.

Para obtener esta información, llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 o, si tiene dificultades auditivas o del habla y tiene una línea telefónica TTY, llame al 711. El departamento de Servicios para los miembros está disponible de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto días feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre. El plan le enviará esta información en un plazo de 30 días a partir de la fecha de su solicitud.

Información sobre las instrucciones anticipadas

(Información sobre el uso de un formulario legal, como un “testamento vital” o un “poder de representación”, para dar instrucciones con anticipación sobre su atención médica en caso de que usted quedara inhabilitado para tomar decisiones sobre su atención médica por usted mismo).

Usted tiene derecho a tomar sus propias decisiones sobre su atención médica. *Sin embargo, ¿qué sucedería si usted tuviera un accidente o sufriera una enfermedad tan grave que no le permitiera tomar estas decisiones por sí solo?*

Si esto sucediera, usted:

- Podría desear que una persona específica en quien usted confía tomara estas decisiones por usted.
- Podría desear que los proveedores de atención médica estén informados sobre los tipos de atención médica que usted *desea* y *no desea* recibir en caso de no poder tomar decisiones por usted mismo.
- Podría desear realizar ambas acciones: designar a otra persona para que tome las decisiones por usted e informarle a esta persona y a sus proveedores de atención médica los tipos de atención médica que desea recibir en caso de no poder tomar estas decisiones por usted mismo.

Si lo desea, puede completar y firmar un formulario especial para dar a conocer lo que desea que se haga si usted no puede tomar decisiones sobre su atención médica por usted mismo. Este formulario es un documento legal. A veces se lo denomina “instrucciones anticipadas” porque le permite dar instrucciones con anticipación sobre lo que usted desea que suceda si alguna vez dejara de tener la capacidad de tomar sus propias decisiones sobre la atención médica.

Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas, según su estado o área local. A modo de ilustración, los documentos denominados “testamento vital” y “poder de representación para la atención médica” son ejemplos de instrucciones anticipadas.

La decisión de completar un formulario de instrucciones anticipadas es suya. La ley prohíbe cualquier tipo de discriminación en contra suya en lo que respecta a su atención médica por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Cómo puede utilizar un formulario legal para dar instrucciones con anticipación?

Si usted decide que desea tener instrucciones anticipadas, hay varias maneras de obtener este tipo de formulario legal. Puede obtener un formulario de su abogado, de un asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare, como su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). El Capítulo 2 de este documento le informa cómo comunicarse con su SHIP. Los SHIP tienen nombres diferentes según el estado en el que usted se encuentre.

Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que le ayude a prepararlo. Es importante que firme este formulario y guarde una copia en su casa. Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede.

Puede darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia también. Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse, lleve una copia con usted.

Si es hospitalizado, se le preguntará si tiene instrucciones anticipadas

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

Usted decide si firmar o no. Si usted decide no firmar un formulario de instrucciones anticipadas, no se le negará la atención ni se le discriminará en cuanto a la atención que se le brinde.

¿Qué sucede si los proveedores no siguen las instrucciones que usted ha dado?

Si cree que un médico o un hospital no han seguido las instrucciones que usted proporcionó en sus instrucciones anticipadas, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de su estado.

Continuidad y coordinación de la atención

HealthSun ha implementado políticas y procedimientos para promover la coordinación y la continuidad de la atención médica de nuestros miembros. Esto incluye el intercambio confidencial de información entre médicos de atención primaria y especialistas, así como de proveedores de salud conductual. Además,

HealthSun ayuda a coordinar la atención con un profesional cuando el contrato del profesional se ha discontinuado y trabaja para facilitar una transición sin inconvenientes a un nuevo profesional.

Subrogación y reembolso

Estas disposiciones se aplican cuando pagamos beneficios como resultado de lesiones o de una enfermedad que usted ha sufrido, y usted tiene derecho a una recuperación o ha recibido una recuperación. Tenemos derecho a recuperar pagos que realicemos en su nombre, o a iniciar cualquier acción legal contra cualquier parte responsable de compensarle por sus lesiones. También tenemos derecho a que se nos reembolse cualquier recuperación por el monto de los beneficios pagados en su nombre. Se aplica lo siguiente:

- El monto de nuestra recuperación se calculará conforme al Título 42, secciones 411.37 y 422.108(f), del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR); no se aplicarán leyes estatales a nuestros derechos de subrogación y reembolso.
- Nuestros derechos de subrogación y reembolso tendrán máxima prioridad en cuanto a que se paguen antes del pago de cualquier otro de sus reclamos. Nuestros derechos de subrogación y reembolso no se verán afectados, reducidos ni eliminados por la doctrina de compensación integral (“made whole”) ni por ninguna otra doctrina de equidad.
- Usted debe notificarnos de inmediato cómo, cuándo y dónde ocurrió un accidente o incidente que tuvo como resultado una enfermedad o lesión personal sufrida por usted, y toda la información sobre las partes involucradas, y debe notificarnos de inmediato si usted contrata a un abogado en relación con dicho accidente o incidente. Usted y su representante legal deben cooperar con nosotros, deben hacer todo lo que sea necesario para permitirnos ejercer nuestros derechos y no deben hacer nada en detrimento de nuestros derechos.
- Si usted no nos proporciona un reembolso, tendremos derecho a deducir cualquier parte no cubierta del monto de los beneficios que hayamos pagado o el monto de su recuperación, lo que resulte menor, de cualquier futuro beneficio conforme al plan.

Estado de emergencia declarado por el presidente o por un gobernador

En caso de una declaración de desastre grave o de estado de emergencia por parte del presidente o de un gobernador, o bien de un anuncio de emergencia de salud pública por parte de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos, su plan hará las siguientes excepciones para garantizar la atención adecuada durante el estado de emergencia:

- Aprobar los servicios a prestar en centros no contratados específicos que se consideren centros certificados por Medicare; y
- Reducir temporalmente el costo compartido para los servicios fuera de la red aprobados por el plan a los montos de costo compartido de la red.

Por lo general, la fuente que declaró el desastre aclarará cuando el desastre o el estado de emergencia llegue a su fin. Sin embargo, si el periodo correspondiente al desastre o al estado de emergencia no ha finalizado en un plazo de 30 días a partir de la declaración inicial, y si los Centros de Servicios de Medicare y

Medicaid (CMS) no han indicado una fecha de finalización del desastre o estado de emergencia, su plan reanudará sus operaciones normales a los 30 días contados a partir de la declaración inicial.

La declaración de un desastre o estado de emergencia corresponde de manera específica a una ubicación geográfica (por ejemplo, un condado). Su plan aplicará las excepciones mencionadas arriba solo si usted reside en la ubicación geográfica indicada.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: un área geográfica donde usted debe vivir para unirse a un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que 1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Autorización previa: la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

“Ayuda Extra” (“Extra Help”): un programa de Medicare o del estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Beneficios complementarios opcionales: beneficios que Medicare no cubre y que se pueden comprar por una prima adicional y no se incluyen en su paquete de beneficios. Usted debe elegir voluntariamente los beneficios complementarios opcionales para poder recibirlos.

Biosimilar: es un medicamento con receta que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como el producto biológico original; sin embargo, los biosimilares suelen requerir una receta nueva para sustituir al producto biológico original. Los biosimilares intercambiables cumplen requisitos adicionales que permiten sustituirlos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, sujeto a las leyes estatales.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Cargo del suministro: un cargo que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y empaquetar el medicamento con receta.

Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención

de enfermería especializada. Ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico para pacientes externos: un centro quirúrgico para pacientes externos es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Medicare Parte D): seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren Medicare Parte A o Parte B.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Coseguro: un monto que se le pedirá que pague como su parte de los costos por los servicios o medicamentos con receta. El coseguro se expresa como un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Costo compartido diario: es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de \$1 por día.

Costo compartido estándar: es el costo compartido que no es el costo compartido preferido que ofrece una farmacia de la red.

Costo compartido preferido: costo compartido preferido significa un costo compartido menor para determinados medicamentos cubiertos de la Parte D en determinadas farmacias de la red.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un hogar de ancianos, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializadas. El cuidado asistencial que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional incluye actividades de la vida cotidiana como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan acerca de si los artículos o servicios están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Dispositivos ortésicos y protésicos: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del hijo no nacido), pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o condición que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la

generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que empieza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) haya gastado \$8,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos excluidos por nuestro beneficio mejorado. Usted no paga nada.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que los costos totales de los medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre para el año alcancen \$5,030.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Facturación de saldos: cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO), solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** o cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan por el que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Gastos de bolsillo: consulte la definición de costo compartido. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o aplicación de computadora en la que los afiliados pueden buscar información sobre los formularios y los beneficios de manera completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica para el afiliado. Esto incluye información sobre los montos de costo

compartido, los medicamentos alternativos del formulario que se pueden usar para la misma condición médica que un medicamento en particular y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que aplican a los medicamentos alternativos.

Hospicio: un beneficio que otorga un trato especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una hospitalización es cuando es ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.

Indicación médicamente aceptada: un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertos libros de referencia.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un periodo definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto federal y estatal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Medicamento necesario: significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos

genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Normalmente, un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas, como medicamentos cubiertos de la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Medicare Original (Medicare tradicional o pago por servicio [Private Fee-for-Service, PFFS] de Medicare): el plan Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que a usted le corresponde. Medicare Original tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

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

Médico de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan, y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocida como IRMAA. IRMAA es un cargo extra que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Monto máximo de gastos de bolsillo: es el máximo de gastos de bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y de la Parte B. Los montos que paga por la multa por inscripción tardía, las primas de Medicare Parte A y Parte B, y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta en el máximo de gastos de bolsillo.

Monto permitido: este es el monto que se le puede pagar a un médico o proveedor que acepte asignaciones de Medicare. Puede ser menor que el monto real que cobra un médico o proveedor. Es el monto máximo que Medicare paga por un servicio o artículo, menos cualquier costo compartido del beneficiario.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un periodo continuo de 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Periodo de beneficios: la manera en que Medicare Original mide su uso de los servicios de los hospitales y el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). El periodo de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El periodo de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un periodo de beneficios haya terminado, comenzará un periodo de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de periodos de beneficios.

Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage: un tiempo establecido desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiar a Medicare Original en este periodo, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta 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 una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Periodo de inscripción anual: el periodo de tiempo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Medicare Original.

Periodo de inscripción especial: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Medicare Original. Algunas situaciones en las que usted puede ser elegible para un Periodo de inscripción especial son: si se muda del área de servicio, si está recibiendo Ayuda Extra (“Extra Help”) con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un hogar de ancianos, o si rompemos nuestro contrato con usted.

Periodo de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en Medicare Parte A y Parte B, cuando es elegible para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el periodo de inscripción inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) institucional equivalente: un plan en el que se pueden inscribir las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren de un nivel de atención institucional según la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que viven en una residencia de vivienda asistida (Assisted Living Facility, ALF) contratada, si fuera necesario, para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) institucional: un plan en el que se pueden inscribir las personas elegibles que residan, o que se espera que residan, de forma permanente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo. Estos centros de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) pueden incluir un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF), un centro de atención de enfermería (nursing facility, NF), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes internados, y/o centros aprobados por CMS que proporciona servicios de atención médica a largo plazo similares que están cubiertos por Medicare Parte A, Medicare Parte B o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención médica similares a los de los otros tipos de establecimientos. Un plan institucional de necesidades especiales debe tener un acuerdo contractual con los centros de atención a largo plazo (LTC) específicos (o poseer y operar dichos centros).

Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP): tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Plan de necesidades especiales de atención crónica (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP): los C-SNP son planes de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) que solo permiten la inscripción al

plan a las personas elegibles para Medicare Advantage (MA) que padecen una o más condiciones crónicas graves o incapacitantes, como se definen en 42 CFR 422.2, incluida la restricción de inscripción según las agrupaciones de múltiples condiciones comúnmente comórbidas y clínicamente relacionadas que se encuentran especificadas en 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, Planes de necesidades especiales (Special Needs Plans, SNP), Programas piloto/demostraciones y Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan de una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los gastos de bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los gastos de bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Medicare Parte C. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan Medicare Advantage puede ser una i) Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), ii) Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), un iii) plan privado de cargo por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o un iv) plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura para medicamentos con receta). Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Plan Medicare Cost: un Plan de Costos de Medicare es un plan operado por una Organización de mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) o un Plan médico competitivo (Competitive Medical Plan, CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos en virtud de la sección 1876(h) de la Ley.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de atención integral para las personas de edad avanzada) combina servicios médicos, sociales y servicios y ayudas a largo plazo (LTSS) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de convalecencia) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los *periodos sin cobertura* de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico: es un medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas como células animales, vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar con exactitud, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Programa de descuentos para el periodo sin cobertura de Medicare: un programa que les brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del periodo sin cobertura y que aún no estén recibiendo Ayuda Extra (“Extra Help”). Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Proveedor de la red: proveedor es el término general que usamos para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los llamamos **proveedores de la red** cuando tienen un contrato con nuestro plan y aceptan nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los beneficiarios de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

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 ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas se utiliza *solamente* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También se incluyen quejas si su plan no sigue los plazos en el proceso de apelaciones.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, nuestros proveedores, o nuestras farmacias, como, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Esto no implica disputas de cobertura ni de pago.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: es el término general que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos o cuando la persona inscrita está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.

Servicios para los miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía y sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte Ayuda Extra (“Extra Help”).

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su condición con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Multi-Language Insert

Multi-Language Interpreter Services

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 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 quý 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 quý 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 대해 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 도와드릴 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 شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ 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 सेवा 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 Italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: 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。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。

HealthSun Health Plans es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en HealthSun Health Plans depende de la renovación del contrato.

CarelonRx, Inc. es una compañía independiente que proporciona servicios de administración de beneficios farmacéuticos en nombre de su plan de salud.

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA): De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escribanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Servicios para los miembros de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
LLAME A	1-877-336-2069 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto días feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre. Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-877-206-0500 Las llamadas a este número son gratuitas. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. El horario es 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto días feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	1-305-448-5783
ESCRIBA A	HealthSun Health Plans Member Services 9250 W. Flagler Street, Suite 600 Miami, FL 33174
SITIO WEB	www.healthsun.com

Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE)

Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME A	1-800-96-ELDER (1-800-963-5337) El horario es 8 a. m. a 5 p. m. hora local, de lunes a viernes.
TTY	1-800-955-8770 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	SHINE Program, Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000
SITIO WEB	http://www.floridashine.org/