HealthSun
HEALTH PLANS

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de Cobertura para 2026:

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

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura de atención médica y de medicamentos de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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

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

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500). Horario de atención: 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. 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 español.

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 2027.

H5431 020 000 FL
1083262FLSSPHSP_0512
OMB Approval 0938-1051
Y0114_26_3016526_0512_U_C
(Expires: August 31, 2026)

Nuestro formulario, red de farmacias y/o red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pudiera afectarlo con al menos 30 días de anticipación.

Evidencia de Cobertura de 2026

Índice

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro 5

SECCIÓN 1 Usted es miembro de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) 5

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 6

SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros 7

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) 9

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 14

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de miembro de nuestro plan 16

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 17

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 19

SECCIÓN 1 Contactos de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) 19

SECCIÓN 2 Cómo recibir ayuda de Medicare 25

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) 26

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) 27

SECCIÓN 5 Seguro Social 28

SECCIÓN 6 Medicaid 29

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 30

SECCIÓN 8 Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) 35

SECCIÓN 9 Si usted tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador 35

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos 37

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 37

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica 39

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre 44

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? . 46

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 47

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 49

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero..... 50

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) 52

SECCIÓN 1 Cuáles son los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 52

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos le indica sus beneficios y costos médicos 54

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)..... 121

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos de la Parte D . 127

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de nuestro plan de los medicamentos de la Parte D 127

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan 128

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en nuestra Lista de medicamentos del plan 132

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura 134

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera 136

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año..... 138

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos 141

SECCIÓN 8 Cómo surtir un medicamento 142

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales..... 143

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos..... 144

CAPÍTULO 6: Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D..... 148

SECCIÓN 1 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D 148

SECCIÓN 2 Etapas de pago de los medicamentos para los miembros de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)..... 151

SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra usted 151

SECCIÓN 4 No hay un deducible para HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) 153

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial 153

SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas 159

SECCIÓN 7 Información de beneficios adicionales 159

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D 159

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos 162

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde de los servicios o medicamentos cubiertos 162

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 165

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 165

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 167

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales 167

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan 172

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) .. 175

SECCIÓN 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud 175

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 175

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? 176

SECCIÓN 4 Una guía de las decisiones de cobertura y las apelaciones 176

SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 180

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 188

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización para paciente internado más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto 198

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto 203

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los Nivel 3, 4, y 5 207

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 210

CAPÍTULO 10: Cancelación de la membresía en nuestro plan 215

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan 215

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 215

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan 218

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan 219

SECCIÓN 5 HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) debe cancelar su membresía en nuestro plan en ciertas situaciones 219

CAPÍTULO 11: Avisos legales 221

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 221

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 221

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 222

CAPÍTULO 12: Definiciones 229

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

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

Usted está cubierto por Medicare y eligió recibir cobertura para medicamentos y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO). Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y de la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan difieren de Original Medicare.

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

Sección 1.2 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 usted reciba de nuestra parte sobre las modificaciones en su cobertura o condiciones que afectan su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato está vigente durante los meses en los que usted esté inscrito en HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) después del 31 de diciembre de 2026. También podemos decidir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026.

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

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando se cumplan todas las condiciones que se indican a continuación:

- Tenga tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare.
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (descrita en la Sección 2.2). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfica, aunque se encuentren físicamente en esta.
- Sea ciudadano estadounidense o resida legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Área de servicio del plan para HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

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

Nuestra área de servicio incluye el condado de Palm Beach en Florida.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) para consultar si contamos con algún plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de medicamentos o de salud de Medicare en su nueva ubicación.

Si se muda o cambia su dirección postal, también es importante que llame al Seguro Social. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

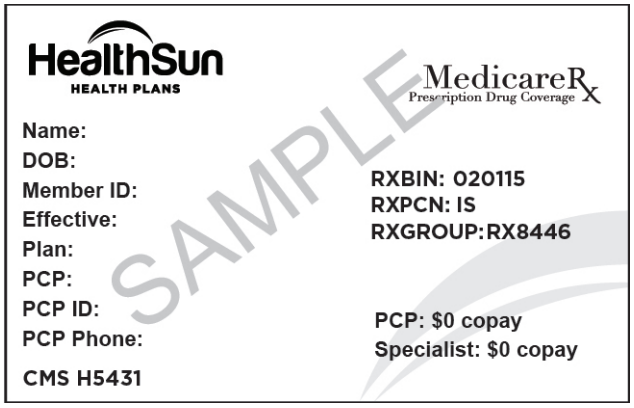
Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos para ser miembro de un plan de salud de Medicare. 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

Sección 3.1 Tarjeta de miembro de nuestro plan

Use su tarjeta de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si la tiene. Modelo de la tarjeta de miembro:



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 lugar de su tarjeta de miembro de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO), es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también denominados ensayos clínicos).

Si la tarjeta de miembro de nuestro plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 *Directorio de proveedores y farmacias*

El *Directorio de proveedores y farmacias* en www.healthsun.com enumera los proveedores actuales de nuestra red y los proveedores de equipo médico duradero. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar en su totalidad. 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.

Obtenga la lista más actualizada de proveedores y suministradores en nuestro sitio web en www.healthsun.com.

El *Directorio de proveedores y farmacias* en www.healthsun.com enumera los proveedores actuales 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 que desea utilizar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.4 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

El *Directorio de proveedores y farmacias* también le indica 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 un *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500). Las solicitudes de *Directorio de proveedores y farmacias* en formato impreso se le enviarán en un plazo de 3 días hábiles.

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

Sección 3.3 Lista de medicamentos (Formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada Lista de medicamentos o Formulario). Indica qué medicamentos con receta están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluidos en HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO). Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados conforme al Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare (Medicare Drug Price Negotiation Program) se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que hayan sido eliminados y reemplazados como se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO).

La Lista de medicamentos también indica si existen normas que restringen la cobertura de un medicamento.

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, visite www.healthsun.com o llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500).

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

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 4.1 para obtener más información.	$0.00
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2 para obtener más información)	$3,450.00
Consultas en el consultorio de atención primaria	$0.00 de copago **por consulta**
Consultas en el consultorio del especialista	$0.00 de copago - $15.00 de copago **por consulta**
Hospitalizaciones	Días 1-5: $150.00 por día / Días 6-90: $0.00 por día
Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6, Sección 4 para obtener más información)	Deducible: $0

	Sus costos en 2026
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6, Sección 4 para obtener más detalles, incluidas la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas) Si su copago es mayor a $0.00, el monto que paga dependerá de si califica para el subsidio por bajos ingresos (Low-Income Subsidy, LIS), también denominado programa “Ayuda Extra” (“Extra Help”) de Medicare. Para obtener más información sobre el programa “Ayuda Extra” (“Extra Help”), consulte el Capítulo 2, Sección 7 de su Evidencia de Cobertura.	**Copagos/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:** **Farmacia minorista preferida** • **Medicamentos de Nivel 1** - medicamentos genéricos preferidos**:** $0.00 de copago • **Medicamentos de Nivel 2** - medicamentos genéricos**:** $0.00 de copago • **Medicamentos de Nivel 3** - medicamentos de marca preferida**:** $5.00 de copago Usted no pagará más de $5.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • **Medicamentos de Nivel 4** - medicamentos no preferidos**:** $50.00 de copago • **Medicamentos de Nivel 5** - medicamentos especializados**:** 33% de coseguro • **Medicamentos de Nivel 6 -** medicamentos complementarios**:** $0.00 de copago

	Sus costos en 2026
	Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: • Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D **ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.**

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Sección 4.4)
- Monto del plan de pago de recetas de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

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

Si ya está recibiendo ayuda de uno de estos programas, **la información de las primas en esta *Evidencia de Cobertura* podría no aplicarse en su caso.** Nosotros le enviamos un documento 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 (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos)* o *LIS Rider (Cláusula adicional LIS)*), que le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) y pida la *Cláusula adicional LIS (LIS Rider)*.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

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

Como miembro de nuestro plan, usted es elegible para recibir una reducción de su prima de la Parte B de Medicare de hasta $185.00. 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 la Parte B de Medicare, su reducción se puede acreditar al cheque de su Seguro Social o a su estado de cuenta de la prima de la Parte B de Medicare. Es posible que las reducciones demoren varios meses en realizarse.

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. Usted también puede pagar una prima para la Parte A, si no es elegible para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

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

- Recibe “Ayuda Extra” (“Extra Help”) de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos.
- Usted estuvo menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (Veterans Health Administration, VA)). Su asegurador o departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Podría recibir esta información en una carta o boletín informativo de ese plan. Conserve esta información porque podría necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.

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

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

- Si estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, nuestro plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, el porcentaje de la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior (prima base nacional del beneficiario). Para 2026, el monto promedio de la prima es de $38.99.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima base nacional del beneficiario y luego redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por $38.99, que es igual a $5.46. Esto se redondea a $5.50. Este monto se agregará **a la prima mensual del plan de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

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

- **La multa podría cambiar cada año**, ya que la prima base nacional del beneficiario puede cambiar cada año.
- **Usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si usted es *menor* de 65 y está inscrito en 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 del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar 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 el ingreso

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como el Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount), de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que quizás deba pagar según sus ingresos, visite https://www.medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

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

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

Sección 4.5 Monto del plan de pago de recetas de Medicare

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

El Capítulo 2, Sección 7 explica más acerca del Plan de pago de recetas de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos descritos en el Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Cómo pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D

Hay dos maneras de pagar la multa.

Opción 1: Pagar con cheque

Usted recibirá una factura por su multa por inscripción tardía de la Parte D mensualmente. Puede optar por pagar de manera anual o mensual. **Envíe su pago por correo después de recibir su factura mensual o antes del último día de cada mes a:**

Attn: Membership Department
HealthSun Health Plans
11430 NW 20th Street, Suite 300
Miami, FL 33172

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

Opción 2: Hacer que la multa por inscripción tardía de la Parte D se descuente 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 cómo usted paga su multa por inscripción tardía en la Parte D, el nuevo método de pago puede tardar hasta 3 meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que su multa por inscripción tardía en la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, llame a Servicios para los miembros.

Si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D

Su multa por inscripción tardía de la Parte D se debe pagar 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 al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) para ver si podemos remitirlo a programas que lo ayuden con sus costos.

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

No podemos cambiar el monto de la prima mensual de nuestro plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la nueva prima 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 adeuda, o que deba comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto podría ocurrir si usted

resulta ser elegible para recibir la “Ayuda Extra” (“Extra Help”) o si pierde su elegibilidad para recibir la “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 la 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 la cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta.

Encontrará más información sobre “Ayuda Extra” (“Extra Help”) en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de miembro de nuestro plan

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

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red de nuestro plan **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 que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Si tiene alguno de estos cambios, infórmenos:

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

Si hay algún cambio en esta información, llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500). 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. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare requiere que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura para atención médica o cobertura para medicamentos que usted tenga de manera que podamos coordinar cualquier otra cobertura con los beneficios que usted tiene a través 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 detenidamente esta información. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información no es correcta, o si usted cuenta con alguna otra cobertura que no se menciona, llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500). Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de miembro de nuestro plan (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando usted tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), las normas de Medicare determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que paga primero ("el pagador principal") paga hasta el máximo de su cobertura. El seguro que paga en segundo término ("el pagador secundario") solo paga si quedaron costos sin cubrir por la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas se aplican para la cobertura del plan de salud 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 el de un miembro de su familia, el pagador principal 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 (End-Stage Renal Disease, ESRD):
    - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted (o un miembro de su familia) todavía trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
    - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja doméstica) todavía trabaja, 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 por 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

SECCIÓN 1 Contactos de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

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) al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500). Con gusto lo ayudaremos.

Servicios para los miembros: información de contacto	
Llame al	1-877-336-2069 Las llamadas a este número son gratuitas. 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. Servicios para los miembros 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) 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. 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.
Fax	1-305-448-5783
Escriba a	HealthSun Health Plans 11430 NW 20th Street, Suite 300 Miami, FL 33172
Sitio web	www.healthsun.com

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar 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 acerca de 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)*).

Quejas sobre la atención médica o sus medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto	
LLAME AL	1-877-336-2069 Las llamadas a este número son gratuitas. 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.
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. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, estamos disponibles los siete días de la semana (cerrado el día de Acción de Gracias y Navidad). Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes (cerrado en los días feriados federales).
FAX	1-877-589-3256
ESCRIBA A	HealthSun Grievance & Appeals 11430 NW 20th Street, Suite 300 Miami, FL 33172
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica

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

Decisiones de cobertura para atención médica: información de contacto	
Llame al	1-877-336-2069 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, estamos disponibles los siete días de la semana (cerrado el día de Acción de Gracias y Navidad). Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes (cerrado en los días feriados federales).
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. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, estamos disponibles los siete días de la semana (cerrado el día de Acción de Gracias y Navidad). Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes (cerrado en los días feriados federales).
Fax	1-305-448-5783
Escriba a	HealthSun 11430 NW 20th Street, Suite 300 Miami, FL 33172
Sitio web	www.healthsun.com

Decisiones de cobertura para medicamentos de la Parte D: información de contacto	
Llame al	1-877-336-2069 Las llamadas a este número son gratuitas. 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.
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.

Decisiones de cobertura para medicamentos de la Parte D: información de contacto	
	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.
Fax	1-844-430-1705
Escriba a	HealthSun Health Plans Attention: Part D Department 11430 NW 20th Street, Suite 300 Miami, FL 33172
Sitio web	www.healthsun.com

Apelaciones sobre atención médica: información de contacto	
Llame al	1-877-336-2069 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, estamos disponibles los siete días de la semana (cerrado el día de Acción de Gracias y Navidad). Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes (cerrado en los días feriados federales).
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. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, estamos disponibles los siete días de la semana (cerrado el día de Acción de Gracias y Navidad). Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes (cerrado en los días feriados federales).
Fax	1-877-589-3256
Escriba a	HealthSun Grievance & Appeals 11430 NW 20th Street, Suite 300 Miami, FL 33172

Apelaciones sobre atención médica: información de contacto	
Sitio web	www.healthsun.com

Apelaciones sobre medicamentos de la Parte D: información de contacto	
Llame al	1-877-336-2069 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, 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. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, estamos disponibles los siete días de la semana (cerrado el día de Acción de Gracias y Navidad). Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes (cerrado en los días feriados federales).
Fax	1-877-589-3256
Escriba a:	HealthSun Grievance & Appeals 11430 NW 20th Street, Suite 300 Miami, FL 33172
Sitio web	www.healthsun.com

Cómo pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

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

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

Solicitudes de pago de atención médica: información de contacto	
Llame al	1-877-336-2069 Las llamadas a este número son gratuitas. 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.
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., 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.
Escriba a	HealthSun 11430 NW 20th Street, Suite 300 Miami, FL 33172
Sitio web	www.healthsun.com

Solicitudes de pago de medicamentos de la Parte D: información de contacto	
Llame al	1-877-336-2069 Las llamadas a este número son gratuitas. 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.
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., 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.
Fax	1-401-652-1911

Solicitudes de pago de medicamentos 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 Cómo recibir ayuda de Medicare

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

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

Medicare: información de contacto	
Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 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.
Chat en vivo	Chat en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.
Escriba a	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	www.Medicare.gov

Medicare: información de contacto	
	• Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluidos sus costos y los servicios que brindan. • Encuentre médicos u otros proveedores de atención médica y distribuidores que participan en Medicare. • Conozca qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, inmunizaciones o vacunas y consultas anuales de “bienestar”). • Obtenga información y formularios sobre apelaciones ante Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención prestada por planes, centros de cuidados, hospitales, médicos, agencias de atención médica a domicilio, centros de diálisis, hospicios, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede utilizar el sitio web Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO). **Para presentar una queja ante Medicare,** ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado y que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas acerca de Medicare. En Florida, el SHIP se denomina Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE).

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

	Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE): información de contacto
Llame al	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 (Quality Improvement Organization, QIO)

Una Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) designada trabaja para los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Florida, la Organización para la mejora de la calidad se denomina Acentra Health - Florida's Quality Improvement Organization.

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

Comuníquese con Acentra Health - Florida's Quality Improvement Organization en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Ejemplos de inquietudes sobre la calidad de la atención incluyen obtener un medicamento equivocado, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.

- Cree que la cobertura 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) finalizan demasiado pronto.

	Acentra Health - Florida's Quality Improvement Organization: información de contacto
Llame al	1-888-317-0751 9 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes; 10 a.m. a 4 p.m., los fines de semana y días feriados
TTY	711
Escriba a	Acentra Health/Florida's Quality Improvement Organization 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL, 33609
Sitio web	https://www.acentraqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina su elegibilidad para Medicare y se encarga de su inscripción en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar un monto adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tienen 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 comunique con el Seguro Social para informar dichos cambios.

Seguro Social: información de contacto	
Llame al	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

Seguro Social: información de contacto	
	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. Medicaid ofrece programas que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de ahorros de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios QMB también son elegibles para 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 SLMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y los Programas de ahorros de Medicare, comuníquese con Agency for Healthcare Administration.

Agency for Healthcare Administration: información de contacto	
Llame al	1-877-711-3662 8 a.m. a 8 p.m. hora del este, de lunes a jueves; 8 a.m. a 7 p.m. hora del este, los viernes

	Agency for Healthcare Administration: información de contacto
TTY	1-866-467-4970 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, MS 62 Tallahassee, FL 32308
Sitio web	https://www.flmedicaidmanagedcare.com/home/index

Método	Departamento de Niños y Familias (Department of Children and Families, DCF): información de contacto
LLAME AL	850-300-4323 8 a.m. - 5 p.m. hora del este, de lunes a viernes
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/

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta

El sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) brinda información sobre las maneras de reducir los costos de sus medicamentos con receta. Los programas que se indican a continuación pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

“Ayuda Extra” (“Extra Help”) de Medicare

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

Si usted reúne los requisitos automáticamente para “Ayuda Extra” (“Extra Help”), Medicare le enviará una carta de color morado para informárselo. Si no reúne los requisitos automáticamente, puede presentar la solicitud en cualquier momento. Para saber si reúne los requisitos para recibir “Ayuda Extra” (“Extra Help”):

- Visite https://secure.ssa.gov/i1020/start para presentar la solicitud por Internet
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

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

Si reúne los requisitos para “Ayuda Extra” (“Extra Help”) y cree que está pagando un monto incorrecto por su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarlo a obtener pruebas del monto correcto del copago. Si ya tiene pruebas del monto correcto, podemos ayudarlo a compartir estas pruebas con nosotros.

- 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 hábil 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 el Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (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 basados en el hogar 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 el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar el monto correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta. Si el copago que paga es superior a lo que le correspondería pagar, le otorgaremos un reembolso mediante un cheque o un crédito para un copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda con dicha farmacia, podríamos hacer el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Llame a Servicios para los miembros 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) si tiene preguntas.

¿Qué ocurre si tiene "Ayuda Extra" ("Extra Help") y cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, 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 la Parte D de Medicare que también están en el formulario ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta por medio de The AIDS Drug Assistance Program (ADAP).

Florida AIDS Drug Assistance Program (ADAP)	
Llame al	1-850-245-4422 8 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes
TTY	711 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	https://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/index.html

Nota: Para ser elegible para el ADAP 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 plan, notifique a su encargado local de inscripción del ADAP para que pueda continuar recibiendo ayuda.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a The AIDS Drug Assistance Program (ADAP).

Plan de pago de recetas de Medicare

El plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura para medicamentos actual para ayudarlo a administrar los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan extendiéndolos a través del **año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura para medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura para medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos. Si participa en el plan de pago de recetas de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.** Para obtener información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para los miembros al 1-833-246-7717 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) o visite www.Medicare.gov.

Plan de pago de recetas de Medicare: información de contacto	
Llame al	1-833-246-6565 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 7 de diciembre: de 8:00 a.m. a 1:00 a.m. hora estándar del Este, los 7 días a la semana. Del 8 de diciembre al 31 de marzo: de 8:00 a.m. a 11:00 p.m. hora estándar del Este, los 7 días a la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a.m. a 11:00 p.m. hora estándar del Este, de lunes a viernes. Servicios para los miembros 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 7 de diciembre: de 8:00 a.m. a 1:00 a.m. hora estándar del Este, los 7 días a la semana. Del 8 de diciembre al 31 de marzo: de 8:00 a.m. a 11:00 p.m. hora estándar del Este, los 7 días a la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a.m. a 11:00 p.m. hora estándar del Este, de lunes a viernes.
Fax	1-440-557-6525
Escriba a:	SimplicityRx MPPP Election Dept. 13900 N. Harvey Ave

Plan de pago de recetas de Medicare: información de contacto	
	Edmund, OK 73013
Sitio web	https://activate.rxpayments.com/

SECCIÓN 8 Junta de jubilación para ferroviarios (RRB)

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 usted recibe Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB), comunique si se muda o cambia su dirección postal. Para preguntas sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB), comuníquese con la agencia.

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

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

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador o sindicato o a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud,

las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para hacer preguntas sobre su cobertura de Medicare conforme a este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

CAPÍTULO 3:
Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

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

Sección 1.1 Proveedores de la red y 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 completo. Acordamos 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 a un proveedor de la red, usted paga solo la parte que le corresponde del costo por 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 médicos del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para que nuestro plan cubra su atención médica

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

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

- **La atención que reciba esté incluida en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **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 afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red que brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, usted debe elegir a un PCP de la red (consulte la Sección 2.1 para obtener más información).
    - En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe aprobarlo por adelantado (una remisión) antes de que usted acuda a otros proveedores de la red de nuestro plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
    - No necesita remisiones de su PCP para recibir atención de emergencia o servicios de urgencia. Para obtener información sobre otros tipos de atención que puede recibir sin necesidad de obtener la aprobación por adelantado de su PCP, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no 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:
    - Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted obtenga de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver cuáles son los servicios de atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3.
    - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esa atención, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente pagaría dentro de la red. Se debe obtener una autorización del plan antes de buscar atención. En este caso, usted paga lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para recibir información sobre cómo obtener la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
    - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor para este servicio no esté temporalmente disponible o no se pueda acceder a él. El costo compartido que usted paga a nuestro plan por diálisis nunca puede ser mayor que el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede mayor que el costo compartido que usted paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro de nuestra área

de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido correspondiente a la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red de nuestro 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 requisitos estatales y está capacitado para proporcionarle atención médica general. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indicará qué médicos pueden ser su PCP.
- Cuando usted pasa a ser miembro de nuestro plan, debe elegir a un PCP para que le brinde y supervise su atención médica básica. Es importante que usted mantenga una relación con su PCP. Su PCP le proporcionará la mayor parte de la atención de rutina y también le ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro de nuestro plan.
- Para que pueda recibir otros servicios médicos y procedimientos o para consultar a un especialista, por lo general deberá solicitar primero la aprobación de su PCP (a esto se le denomina obtener 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. Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con una parte del cuerpo o enfermedades específicas.
- Es muy importante que obtenga una remisión (aprobación por adelantado) de su PCP antes de acudir a un especialista del plan (hay algunas excepciones, incluida la atención médica de rutina de la mujer, como explicamos más adelante en esta sección). Si no tiene una remisión antes de recibir los servicios de un especialista, es posible que tenga que pagarlos usted mismo. En algunos casos, es posible que su PCP tenga que obtener una autorización previa de parte del plan. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa

¿Cómo elegir un 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 un PCP nuevo. El hecho de que cambie de PCP puede tener como resultado un límite en cuanto a hospitales o especialistas específicos a los que remite ese PCP.

Usted puede solicitar el cambio de su PCP llamando a Servicios para los miembros de HealthSun (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto). El cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente al mes en el que llamó y habló con un representante de Servicios para los miembros de HealthSun para solicitar su 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 los servicios cubiertos.

Sección 2.2 Atención médica que 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 de la mujer, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos
- Vacunas antigripales, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y la neumonía
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red
- Los servicios de urgencia cubiertos por el plan son servicios que requieren atención médica inmediata (pero que no son emergencias) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina a proveedores que sean médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al

1-877-206-0500) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio.

- Servicios de ambulancia para atención de emergencia.
- Servicios dentales, siempre y cuando se obtengan de un proveedor de la red. Pueden aplicarse normas de autorización previa del plan.
- Servicios de dermatología, para consultas en el consultorio y pruebas y procedimientos menores, siempre y cuando se obtengan de un proveedor de la red (se requerirá una remisión después de cinco consultas en el consultorio dentro de un período de 12 meses).
- Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) (suministros de DME), zapatos o plantillas terapéuticos para personas con diabetes, y suministros para la diabetes, como glucómetros, tiras reactivas para análisis de sangre y lancetas. Pueden aplicarse normas de autorización previa del plan.
- Audífonos y la adaptación/evaluación de audífonos.
- Educación sobre la enfermedad renal. Para obtener más detalles, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1, en Servicios para tratar enfermedades renales.
- Medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare. Pueden aplicarse normas de autorización previa a determinados medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare.
- Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) aprobados por el plan. Para obtener más detalles, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1.
- Servicios de podiatría, siempre y cuando se obtengan 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.
- Servicios de la vista, como el examen de la vista de rutina y lentes (anteojos o lentes de contacto). Para obtener más detalles, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1.
- Ciertos servicios preventivos cubiertos por Medicare, siempre y cuando se obtengan de un proveedor de la red. Estos incluyen, entre otros, prueba de detección de glaucoma, capacitación para el autocontrol de la diabetes, enemas de bario, tacto rectal, y electrocardiograma después de una consulta de bienvenida. Para obtener más detalles, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1.
- Ciertos beneficios complementarios, siempre y cuando se obtengan de un proveedor de la red. Para obtener más detalles, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1.

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. Por ejemplo:

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

Cuando su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) considere que usted necesita un tratamiento especializado, le remitirá a un especialista del plan. Es muy importante obtener una remisión (aprobación previa) 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 previa) 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 previa del plan (lo que se denomina “autorización previa”). Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 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 el Capítulo 4, Sección 2.1 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.

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

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) de la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista deja nuestro plan, usted tiene estos derechos y protecciones:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos si su proveedor dejará de participar en nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja de estar en nuestro plan, le notificaremos si consultó a ese proveedor en los últimos 3 años.
    - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificamos si está asignado al proveedor, actualmente recibe atención de este o lo consultó en los últimos 3 meses.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para que siga recibiendo atención.
- Si está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a pedir que continúe recibiendo las terapias o el tratamiento médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.
- Le proporcionaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que tenga para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, coordinaremos el beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, al costo compartido dentro de la red. Se requiere una autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a elegir un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja de calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO), un reclamo de calidad de la atención ante nuestro 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 exige que cubra nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden prestarle esta atención, puede obtener una autorización previa del plan para recibir esta

atención de un proveedor fuera de la red. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red siempre que tenga la autorización previa del plan. Para recibir información sobre cómo obtener la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, hable con su PCP o llame al plan (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto).

Si acude a un proveedor fuera de la red para recibir atención de emergencia o servicios de urgencia fuera del área, es posible que pague 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 acude 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 Obtenga atención si tiene una emergencia médica

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 atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), 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 afección que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, esto es lo que debe hacer:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No es necesario que primero obtenga la aprobación o una remisión del PCP. No necesita acudir a un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez 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 apropiada incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que le haya informado a nuestro plan acerca de su emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Llame a Servicios para los miembros al número que figura en el reverso de su tarjeta de membresía en nuestro plan.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

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

Los médicos que le brindan atención de emergencia determinarán en qué momento se estabiliza la afección y cuando 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 continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba 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 afección y las circunstancias lo permitan.

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

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta de si está ante 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 2 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.

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

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina a proveedores que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, ni siquiera si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Para tener acceso a los servicios de 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 de urgencia, llame al Departamento de Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa 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 afección 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 declaran un estado de desastre o de emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir atención médica a través de nuestro plan.

Visite: www.healthsun.com para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red. Si durante un desastre usted no puede utilizar una farmacia de la red, es posible que pueda surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.4.

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

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

Sección 4.1 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 en el Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o servicios fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber utilizado la totalidad del 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 monto máximo que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

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

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

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que el plan lo apruebe ni tampoco que nos avise o su PCP. No es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores de nuestro plan. (Esto no se aplica a beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos determinados beneficios que requieren cobertura para el desarrollo de evidencias (Coverage with Evidence Development, NCD-CED) y estudios de excepción a los dispositivos de investigación (Investigational Device Exemption, IDE). También es posible que estos beneficios estén sujetos a autorización previa y otras normas del plan).

Aunque no es necesario que obtenga la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique por adelantado cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubrirá los artículos 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 pague la parte que le corresponde del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de los gastos en Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio que el que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, usted debe presentar documentación que muestre cuánto pagó del costo compartido. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

Ejemplos de costo compartido en un ensayo clínico: Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta $100, como parte del estudio de investigación. La parte que le corresponde de los costos de este análisis es $20 según Original Medicare, pero el análisis costaría $10 a través de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por el análisis y usted pagaría los $20 de copago requeridos por Original Medicare. Luego, notificaría a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación (como una factura del proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan entonces le pagaría directamente $10. Esto hace que su pago neto por el análisis sea $10, que es el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

Cuando usted participe en 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 artículo o servicio incluso si usted no participara en un estudio.
- Los artículos 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 (Computed Tomography, CT) mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.
- Los artículos y servicios que brindan los patrocinadores de la investigación son gratuitos para las personas inscritas en el ensayo.

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

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

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Sección 6.1 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 afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas del miembro, cubriremos la atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Cómo obtener 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.
- El tratamiento médico **exceptuado** corresponde 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.
- Nuestro plan solo cubre aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
    - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención hospitalaria para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
    - *– y –* usted debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro o no se cubrirá su estadía.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 No será propietario de algunos de los equipos médicos duraderos 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 que los miembros los usen en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos de DME, como dispositivos protésicos. Otros tipos de DME que usted debe alquilar.

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

Dependiendo del artículo de DME, puede tener la opción de la posesión del equipo. El plan de salud y su proveedor de DME se comunicarán con usted cuando esta opción esté disponible.

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

Si no obtuvo la propiedad del equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare para adquirir la propiedad del DME. Los pagos realizados mientras estaba inscrito en nuestro plan no se tienen en cuenta para estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de adquirir el artículo.

Ejemplo 2: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estuvo en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que se una de nuevo a Original Medicare. Los pagos que usted ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare), no cuentan.

Sección 7.2 Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

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 se va de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) o ya no necesita médicamente equipo de oxígeno, entonces debe devolver el equipo de oxígeno.

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

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

CAPÍTULO 4:

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

SECCIÓN 1 Cuáles son los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos y detalla cuánto paga por cada servicio cubierto como miembro de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO). Esta sección también ofrece información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se detallan los límites para ciertos servicios.

Sección 1.1 Costos que puede tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

Los tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos incluyen:

- **Copago:** es el monto fijo que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. El copago se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coseguro:** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) no paga copagos ni coseguros. Si usted está en uno de estos programas, asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB.

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

Los Planes Medicare Advantage tienen límites en cuanto al monto que usted tiene que pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos cubiertos dentro de la red por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo (Maximum Out-of-Pocket, MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2026 el monto MOOP es de $3,450.00.**

Los montos que usted paga de los copagos y el coseguro para recibir servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que usted paga por los medicamentos de la Parte D no se tienen cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios se indican en la Tabla de beneficios médicos. Si llega al monto máximo que paga de su bolsillo de $3,450.00, no deberá pagar costos de su bolsillo por el resto del año por dentro de la red los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3 No se permite que los proveedores le facturen saldos

Como miembro de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO), usted tiene una protección importante porque solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no tienen permitido agregar cargos adicionales por separado, 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 la protección contra la facturación del saldo:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, $15.00), usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso de nuestro plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y nuestro 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. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o en el caso de servicios de urgencia o emergencia).

- Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando usted tiene una remisión o en el caso de emergencias o para recibir servicios de urgencia fuera del área de servicio).

- Si considera que un proveedor le ha facturado saldos, llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500).

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos le indica sus beneficios y costos médicos

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) cubre y lo que usted debe pagar de su bolsillo por cada servicio (la cobertura para medicamentos de la Parte D se cubre en el Capítulo 5). Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen estos requisitos:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos inscritos, su plan de atención coordinada de Medicare Advantage (MA) debe brindar un período de transición de 90 días como mínimo, durante el cual el nuevo plan MA no puede requerir autorización previa para cualquier curso activo del tratamiento, incluso si el curso del tratamiento fue para un servicio que inició con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de atención de emergencia o atención de urgencia o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red le haya dado una remisión. Esto significa usted tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios fuera de la red que usted recibe.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP deberá aprobarlo por adelantado (una remisión) antes de que acuda a otros proveedores de la red de nuestro plan.
- Algunos servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico u otros proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos.

- Si su plan de atención coordinada proporciona la aprobación de una solicitud de autorización previa para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesaria para evitar interrupciones en la atención de conformidad con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor que atiende.

Otra información importante que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2026 (Medicare y Usted 2026)*. Puede consultarlo en línea en www.Medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Para todos los servicios preventivos cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos esos servicios sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se lo trata o controla por una afección existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el año 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

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

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica. ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda Los servicios cubiertos incluyen: Los beneficiarios de Medicare reciben cobertura para hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias:	**$0.00** de copago por cada consulta de acupuntura cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define según los siguientes términos: • Dura 12 semanas o más; • no es específico, en el sentido que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está relacionado con una cirugía; y • no está relacionado con un embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos (como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley)) pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes. Los asistentes médicos (Physician Assistants, PA), enfermeros con práctica médica (Nurse Practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialists, CNS) (como se identificó en la sección 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen: • un máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia.	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones en las secciones §§ 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR). ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	
Medicina alternativa - masoterapia Cubrimos un número limitado de consultas de masaje terapéutico cada año en establecimientos aprobados por el plan. Los servicios deben ser ordenados por un médico o profesional de la salud. ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	Ningún costo que pague por los servicios no cubiertos por Medicare se tendrá en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. **$0.00** de copago por hasta 24 consultas cada año.
Medicina alternativa - plasma rico en plaquetas (PRP) Plasma rico en plaquetas (PRP) es un beneficio complementario para promover la recuperación y tratar el dolor en la medicina ortopédica. Con aprobación previa del plan y una remisión de su médico, las inyecciones de plasma rico en plaquetas para el manejo del dolor por osteoartritis están disponibles para tratar o mejorar el impacto de una enfermedad o lesión. No hay límite en cuanto a las partes del cuerpo en las que puede utilizarse este tratamiento. Sin embargo, el tratamiento se aplicará, como máximo, a una misma parte del cuerpo por no más de tres meses consecutivos, hasta dos veces por año. Antes de iniciar el tratamiento, debe establecerse un diagnóstico correlacionado con un examen físico y confirmado mediante estudios de imagen como radiografías, ecografía, resonancia magnética (MRI) o tomografía computarizada (CT), además de cumplir con otras recomendaciones previas al tratamiento. ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	Ningún costo que pague por los servicios no cubiertos por Medicare se tendrá en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. **$0.00** de copago por la terapia de plasma rico en plaquetas (PRP) para el manejo del dolor por osteoartritis.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan. Si los servicios de ambulancia no están cubiertos para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. ***Se requiere autorización previa para los servicios de ambulancia que no sean de emergencia y para un traslado entre instituciones o un traslado de regreso al hogar desde un establecimiento después de un alta como paciente internado.***	**$250.00** de copago por cada viaje en ambulancia de un tramo, por vía terrestre o acuática. **$250.00** de copago por cada viaje en ambulancia de un tramo que no sea de emergencia cubierto por Medicare. **20%** de coseguro por cada viaje en ambulancia aérea de un tramo. Se aplicará el costo compartido.
Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses. **Nota:** Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva Bienvenido a Medicare. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta Bienvenido a Medicare para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses. ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	No se requiere coseguro, copago ni deducible por la consulta anual de bienestar.
Medición de la masa ósea 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,	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
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. ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplen con ciertas condiciones, con la orden de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	**$5.00** de copago por cada servicio de rehabilitación cardíaca y cada servicio de rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare.
Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano. ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses). ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	No se requiere coseguro, copago ni deducible por el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	**$0.00** de copago por consulta al quiropráctico cubierta por Medicare.
Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, administración de los medicamentos y coordinación y planificación de la atención. ***Se requiere autorización previa y remisión para los servicios de médicos especialistas y otros profesionales de la salud. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.2 para conocer los servicios que no requieren una remisión***	El costo compartido por este servicio variará según los servicios individuales que se proporcionen durante el curso del tratamiento. **$0.00** de copago por cada consulta cubierta en el consultorio de un proveedor de atención primaria (PCP) para servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico. **$0.00** por cada consulta

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
	cubierta en el consultorio de un especialista para servicios cubiertos de manejo y tratamiento del dolor crónico proporcionados en un centro médico participante. **$15.00** por cada consulta cubierta en el consultorio de un especialista para servicios cubiertos de manejo y tratamiento del dolor crónico proporcionados en todas las demás ubicaciones.
Prueba de detección de cáncer colorrectal Están cubiertas las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal y está cubierta cuando hayan transcurrido al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. En el caso de pacientes que tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, puede haber cobertura de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de cáncer colorrectal cubiertas por Medicare. Si su médico encuentra y extrae un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en una prueba diagnóstica y está sujeta a copagos. **$75.00** de copago por una biopsia o remoción de tejido durante una prueba de detección del cáncer de colon en un centro quirúrgico ambulatorio. **$200.00** de copago por una biopsia o remoción de tejido durante una prueba de detección del cáncer de colon en un entorno hospitalario como paciente externo.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
• Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN de heces de múltiples cadenas para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcador en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo. • Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible o una colonoscopia de detección programadas que implique la remoción de tejido u otra materia, u otro procedimiento relacionado, como resultado de y durante el mismo encuentro clínico que la prueba de detección. ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	
Servicios dentales - cubiertos por Medicare En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de una afección primaria de la persona. Los ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula después de una	**$0.00** de copago por los servicios dentales cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radioterapia por cáncer que afecte a la mandíbula o exámenes orales previos al trasplante de un órgano. ***Puede requerirse una autorización previa para los servicios dentales integrales.***	
Servicios dentales - complementarios Este plan cubre una asignación de hasta **$5,000** para servicios dentales integrales y de prevención cubiertos cada año. **Servicios dentales preventivos** • Dos exámenes orales cada año • Dos profilaxis (limpiezas) cada año • Dos tratamientos con fluoruro cada año • Dos radiografías dentales periapicales cada año • Una serie de radiografías dentales de aleta de mordida dos veces al año • Una serie completa de radiografías de toda la boca (panorámicas) cada tres años **Servicios dentales integrales** • Hasta dos implantes cada año • Hasta dos coronas cada año • Hasta dos tratamientos de endodoncia cada año • Hasta cuatro empastes de amalgama o de resina cada año (una vez por diente por superficie cada 36 meses) • Hasta cuatro procedimientos, incluyendo extracciones o remoción de raíces dentales residuales cada año • Un alisado y raspado radicular periodontal por cuadrante cada año	Ningún costo que pague por los servicios no cubiertos por Medicare se tendrá en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. **$0.00** de copago por los beneficios dentales complementarios cubiertos. Para estar cubierto dentro de la red, debe utilizar un proveedor contratado por nuestro proveedor de servicios dentales para proporcionar servicios dentales complementarios. No está cubierta la atención prestada por un proveedor que no forme parte de nuestra red dental complementaria.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
• Un desbridamiento de boca completa cada 24 meses consecutivos • Dos mantenimientos periodontales cada año • Una dentadura completa o parcial de la mandíbula superior (por arcada) cada tres años • Una dentadura completa o parcial de la mandíbula inferior (por arcada) cada tres años • Otros servicios generales complementarios: anestesia local en conjunto con procedimientos operatorios o quirúrgicos, tratamiento paliativo (de emergencia) del dolor dental – procedimientos menores, consulta en el consultorio para observación (sin otros servicios), y dos evaluaciones de segunda opinión realizadas por un dentista participante cada año. Para obtener una lista completa de los servicios dentales cubiertos y los requisitos de cobertura, consulte la Tabla de beneficios dentales adicional que aparece después de esta Tabla de beneficios médicos. Algunos servicios dentales requieren una autorización previa para estar cubiertos. Otros servicios dentales podrían estar sujetos a limitaciones. Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener más información.	
Prueba de detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones y/o tratamiento de seguimiento. ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	No se requiere coseguro, copago ni deducible por la consulta anual de detección de depresión.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
colesterol (dislipidemia), obesidad, o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Es posible que sea elegible para realizarse hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente. ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y 2 pares adicionales de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta en determinadas condiciones. Los glucómetros, tiras reactivas para sangre y lancetas se limitan a los siguientes fabricantes: Precision, TrueMatrix, TrueTest, Contour, Ascensia y Freestyle. ***Puede requerirse una autorización previa.***	**$0.00** de copago por: • Tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre • Dispositivos de punción y lancetas • Glucómetros **20%** de coseguro por zapatos terapéuticos, incluido su ajuste y las plantillas. **$0.00** de copago por los cargos cubiertos para enseñarle a controlar la diabetes.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (Para obtener la definición de equipo médico duradero (DME), consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que realice un pedido especial para usted. La lista de proveedores más actualizada está disponible en nuestro sitio web www.healthsun.com. Los monitores de glucosa continuos están disponibles como un beneficio cubierto para las personas con diabetes que requieren el uso de insulina y tienen dificultad para controlar sus niveles de azúcar en la sangre. **FreeStyle Libre® (fabricado por Abbott) y Dexcom son las marcas preferidas de este plan monitores de glucosa continuos (Continuous Glucose Monitor, CGM).** Limitaciones de cobertura: • 2-3 sensores por mes, según el lector • Un lector cada 2 años • Los CGM deben comprarse en una farmacia minorista dentro de la red • No cubriremos los CGM adquiridos a través de un proveedor de equipos médicos duraderos (DME)	**$0.00** de copago por los monitores de glucosa continuos (CGM) 'Freestyle Libre®' y Dexcom cubiertos por Medicare y sus suministros. **20%** de coseguro por los ácidos hialurónicos aprobados por el plan. **20%** de coseguro por todos los otros equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare. **20%** de coseguro en cada ciclo de facturación (período de alquiler) por la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare cada mes. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. Si antes de inscribirse en HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) usted había realizado el pago del alquiler de 36 meses por la cobertura de equipos de oxígeno, su costo compartido en HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) es **20%** de coseguro en cada ciclo de facturación (período de alquiler).

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
DUROLANE, EUFLEXXA, SUPARTZ y Gel-SYN-3 son las marcas que cubriremos para los ácidos hialurónicos. Otras marcas de ácido hialurónico solo están cubiertas si el proveedor determina que son médicamente necesarias. Generalmente, HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y los fabricantes que se encuentran en esta lista. No cubriremos otras marcas ni otros fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos informen que la marca es adecuada para sus necesidades médicas.Sin embargo, si es un miembro nuevo de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) y utiliza una marca de DME que no figura en nuestra lista, continuaremos pagando esta marca durante un máximo de 90 días. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada en su caso después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita para tener una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor puede presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su médico sobre qué producto o marca es adecuada para su afección médica. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9, *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)).* ***Puede requerirse una autorización previa.***	
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características:	Ningún costo que pague por los servicios no cubiertos por Medicare se tendrá en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
• Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia, y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de 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 feto), una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente. Los costos compartidos por los servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red son los mismos que cuando recibe estos servicios dentro de la red. **También ofrecemos cobertura fuera de los Estados Unidos y sus territorios:** • Atención de emergencia en todo el mundo • Cobertura de urgencia en todo el mundo • Transporte de emergencia en todo el mundo Este plan cubre servicios de emergencia si viaja fuera de los Estados Unidos por menos de seis meses. La cobertura está limitada a **$100,000** por año por servicios de emergencia en todo el mundo. Se trata de un beneficio complementario. No está cubierto por el programa federal Medicare. Usted debe pagar todos los costos superiores a **$100,000** y todos los costos de regreso a su área de servicio. Es posible que pueda contratar un seguro de viaje adicional a través de una agencia autorizada.	**$150.00** de copago por cada consulta a la sala de emergencias cubierta. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria para pacientes internados después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, debe regresar a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención *O* deberá recibir la autorización del plan para recibir atención para pacientes internados en el hospital fuera de la red y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. **$150.00** de copago por cada consulta cubierta de atención de urgencia en todo el mundo, transporte terrestre de emergencia o consulta en la sala de emergencias. **El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de las siguientes 24 horas.**

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Consulte las secciones de transporte en ambulancia y servicios de urgencia para obtener más información importante sobre cobertura y costos compartidos.	
Programas educativos sobre salud y bienestar Ofrecemos los beneficios complementarios que figuran a continuación para todos los miembros inscritos en este plan. • Educación sobre la salud proporcionada a los miembros para quienes se haya identificado la necesidad de recibir información sobre una enfermedad o afección específica, ya sea mediante una evaluación de riesgos para la salud, una remisión médica o una remisión autoindicada. • Sesiones de asesoramiento nutricional o dietético realizadas por personal con licencia o certificación para ayudar a manejar su afección o enfermedad. ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	Ningún costo que pague por los servicios no cubiertos por Medicare se tendrá en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. **$0.00** de copago por los programas de salud y bienestar cubiertos por este plan.
Comidas saludables después del alta Tras ser dado de alta de un hospital o de un centro de enfermería especializada, es posible que califique para que se le entreguen comidas nutritivas precocinadas sin costo alguno para usted. El plan, o uno de sus representantes, podría comunicarse con usted para confirmar si desea este beneficio. Como alternativa, usted o su proveedor/administrador de casos puede comunicarse con Servicios para los miembros después del alta, y un representante ayudará con el proceso para validar que usted califica para el beneficio y coordinará que se comuniquen con usted para realizar una evaluación nutricional y programar la entrega de las comidas. Para que podamos proporcionarle el beneficio de comidas, es posible que nosotros, o un proveedor aprobado que actúe en nuestro nombre, tengamos que comunicarnos con usted a través del número de teléfono que nos proporcionó para confirmar los	Ningún costo que pague por los servicios no cubiertos por Medicare se tendrá en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. **$0.00** de copago por hasta 3 comidas por día durante 14 días después de que se le da de alta del hospital o de un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF).

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
detalles del envío y cualquier requisito nutricional. Una parte de este beneficio puede ser usada para recibir batidos de reemplazo de comidas.	
Servicios auditivos - cubiertos por Medicare Las evaluaciones auditivas y de equilibrio de diagnóstico que realiza su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención para pacientes externos cuando las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.	**$0.00** de copago por cada examen auditivo cubierto por Medicare para determinar si necesita tratamiento médico por una afección auditiva.
Servicios auditivos - complementarios Este plan proporciona cobertura adicional para servicios auditivos que no están cubiertos por Original Medicare. Este plan cubre 1 examen auditivo de rutina cada año. Este plan cubre 1 evaluación de adaptación de audífonos de rutina y un beneficio máximo del plan de **$2,000** para 2 audífonos con receta cada año. Hay un límite de hasta un par de audífonos por año. El plan ha negociado tasas y opciones a través de nuestro proveedor de audífonos para ofrecerle la mayor cantidad posible de opciones. Debe seleccionar un dispositivo de la lista de productos cubiertos disponible a través de nuestro proveedor aprobado. Los audífonos obtenidos a través de un proveedor no autorizado no están cubiertos. El proveedor aprobado enviará sus audífonos con receta directamente a su proveedor. Si elige un dispositivo con baterías no recargables, el plan proporcionará un suministro de 2 años (hasta 64 pilas por audífono por año) para audífonos con receta. Una vez que el plan haya pagado los beneficios para audífonos o exámenes auditivos de rutina, usted será responsable del costo restante.	Ningún costo que pague por los servicios no cubiertos por Medicare se tendrá en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. **Dentro de la red:** **$0.00** de copago por un examen (exámenes) auditivo(s) de rutina. **$0.00** de copago por dispositivos para la audición de hasta el monto del beneficio máximo del plan. Los audífonos se limitan a dispositivos específicos según sus necesidades.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Los audífonos pueden requerir una evaluación de necesidad médica por parte de nuestro proveedor de audición para garantizar que se le asigne el dispositivo más adecuado.	
Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubrimos lo siguiente: • Hasta 3 pruebas de detección durante el embarazo ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
Agencia de atención médica a domicilio Antes de que usted reciba los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	**$0.00** de copago por cada consulta cubierta de una agencia de atención médica a domicilio.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Tratamiento de infusión en el hogar El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen entre otros: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de conformidad con nuestro plan de atención. • La capacitación y la educación del paciente que no estén cubiertas, de otra manera, por el beneficio del equipo médico duradero • Supervisión remota • Servicios de supervisión para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado para el tratamiento de infusión en el hogar ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	**$0.00** de copago por servicios profesionales de Tratamiento de infusión en el hogar (Home Infusion Therapy, HIT) brindados por un proveedor de HIT calificado en la casa del paciente.
Atención en un hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Puede recibir atención a través de un programa de hospicios certificados por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicios certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.	Cuando se inscribe en un programa de hospicios certificados por Medicare, a los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal los paga Original Medicare, no nuestro plan. **$0.00** de copago por servicios de consulta de hospicio con un proveedor de atención primaria (PCP) antes de elegir el

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor • Atención de alivio a corto plazo • Atención a domicilio Cuando es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si elige permanecer en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan. **Para los servicios en un hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:** Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. **Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal:** Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay algún requisito de obtener una autorización previa) • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para los servicios recibidos, solo pagará el monto de costo compartido de nuestro plan para los servicios dentro de la red	hospicio. **$0.00** de copago por servicios de consulta de hospicio con un especialista antes de elegir el hospicio.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare) **Para los servicios cubiertos por nuestro plan, pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:** El plan continuará cubriendo los servicios que le correspondan y que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, independientemente de si se relacionan o no con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de nuestro plan por estos servicios. **Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan**: Si estos medicamentos no están relacionados con su afección en un hospicio por enfermedad terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su afección en un hospicio por enfermedad terminal, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4. **Nota:** Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio. Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.	
Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
• Vacunas contra la neumonía • Vacunas contra la gripe/influenza (o inmunizaciones), una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas contra la gripe/influenza adicionales (o inmunizaciones) si son médicamente necesarias • Vacunas contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas contra la COVID-19 • Otras vacunas si su salud está en peligro y si estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos la mayoría de las otras vacunas para adultos en virtud del beneficio de medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 8 para obtener más información. Puede vacunarse contra la influenza, la neumonía o la COVID-19 sin necesidad de pedirle una remisión a su médico. ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	gripe, la hepatitis B ni la COVID-19. La vacuna contra el herpes zóster solo está cubierta por el beneficio de medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por la vacuna dependerá de los beneficios de medicamentos de la Parte D que se describen en el Capítulo 6. La vacuna contra el herpes zóster no está cubierta por el beneficio de medicamentos de la Parte B.
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que usted formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. Este plan cubre 90 días por período de beneficios y 60 “días de reserva de por vida” adicionales. Los servicios cubiertos incluyen entre otros: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluye dietas especiales • Servicios de enfermería habituales	Para las hospitalizaciones cubiertas: Días 1-5: **$150.00** por día / Días 6-90: **$0.00** por día El período de beneficios comienza el primer día que ingresa en un hospital o Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). El período de beneficios termina cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados o atención especializada en un SNF durante 60 días consecutivos.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
• Costos de las unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o coronarios • Medicamentos y fármacos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si el plan brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. El reembolso de los costos de transporte se efectúa mientras usted y su acompañante viajan hacia y desde los proveedores médicos para recibir los servicios	Más allá de los 90 días, usted tiene derecho a 60 “días de reserva de por vida”.Usted paga **$0.00** de copago por día por cada uno de los 60 días de reserva de por vida. Se trata de días adicionales que cubrimos una vez en su vida. Una vez que haya utilizado estos días adicionales, su cobertura hospitalaria para pacientes internados se limitará a 90 días. Sus beneficios se basan en la fecha de admisión. Si lo admiten en 2026 y lo dan de alta en 2027, se aplican los copagos de 2026 hasta que lo den de alta o lo trasladen a un centro de atención de enfermería especializada. Su médico debe comunicarse con el plan para obtener autorización previa para todas las admisiones hospitalarias que no sean de emergencia ni urgentes, a fin de que seamos responsables del pago de los servicios. Todos los servicios de trasplante deben recibir autorización previa. Si recibe atención para pacientes internados autorizada en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado su afección de emergencia, su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
relacionados con la atención del trasplante. El plan define el lugar distante como un lugar que se encuentra fuera del área de servicio del miembro Y a un mínimo de 75 millas del domicilio 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 recibió atención para pacientes internados allí, y las fechas en las que recibió tratamiento como paciente externo y tuvo que permanecer cerca del centro de trasplantes aprobado por Medicare para recibir tratamiento/servicios relacionados con la atención médica inherente al trasplante. Incluya también la documentación de cualquier acompañante y las fechas en que viajó con usted mientras recibía servicios relacionados con la atención del trasplante. Los formularios de reembolso de gastos de viaje pueden solicitarse a Servicio al cliente. Los costos de transporte y alojamiento se reembolsarán de acuerdo con las pautas vigentes del IRS sobre millaje y alojamiento por viaje en la fecha en que se presten los servicios. Se reembolsará el alojamiento por el menor de estos montos: 1) los cargos facturados; o 2) según las pautas del IRS por alojamiento máximo correspondiente a esa ubicación. Para acceder a los reembolsos actuales visite el sitio web de la Administración General de Servicios (General Services Administration, GSA), 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 el Capítulo 7, Sección 2, Cómo solicitar un reembolso o el pago de una factura que recibió. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y de glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Servicios médicos	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Nota: Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de datos de *Medicare Hospital Benefits (Beneficios hospitalarios de Medicare)*. Esta hoja de datos se encuentra disponible en www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. • Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para atención de salud mental como paciente internado en un hospital psiquiátrico. El límite para la atención hospitalaria para pacientes internados no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados prestados en un hospital general. • El plan cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su estadía en el hospital supera los 90 días, puede usar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura hospitalaria para pacientes internados se limitará a 90 días. ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	Para las hospitalizaciones cubiertas: **$0.00** de copago por estadía El período de beneficios comienza el primer día que ingresa en un hospital o Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). El período de beneficios termina cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados o atención especializada en un SNF durante 60 días consecutivos. El plan cubre 90 días por cada período de beneficios. Sus beneficios se basan en la fecha de admisión. Si lo

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
	admiten en 2026 y lo dan de alta en 2027, se aplican los copagos de 2026 hasta que lo den de alta o lo trasladen a un centro de atención de enfermería especializada.
Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) durante una hospitalización no cubierta Este plan cubre hasta 100 días por período de beneficios por atención en un SNF. Una vez alcanzado el límite de cobertura para SNF, el plan dejará de cubrir su hospitalización en el hospital o SNF. Sin embargo, en algunos casos, cubrimos ciertos tipos de servicios que reciba mientras aún se encuentre en el hospital o el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Si ha usado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen entre otros: • Servicios médicos • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio) • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • Vendajes quirúrgicos • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no	Usted tiene cobertura para estos servicios conforme a las pautas de Medicare cuando los días en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF) no están cubiertos o dejan de estarlo. Estos servicios se cubrirán de acuerdo a como se describe en esta Tabla de beneficios:Consulte las siguientes secciones de este capítulo: • Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio • Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos • Dispositivos protésicos y suministros relacionados • Servicios de rehabilitación para pacientes externos

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	
Terapia médica nutricional Este beneficio es para personas que tienen diabetes, enfermedad renal (pero que no estén realizándose diálisis) o que necesitan atención luego de un trasplante de riñón, cuando las remita el médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional a través de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y luego, 2 horas cada año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda obtener más horas de tratamiento con la orden del médico. El médico debe recetarle estos servicios y renovar la solicitud cada año si necesita tratamiento en el siguiente año calendario. ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	
Medicamentos de la Parte B de Medicare **La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:** • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio • Insulina provista a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por nuestro plan • El medicamento para el Alzheimer Leqembi® (nombre genérico lecanemab) que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite análisis y estudios de exploración adicionales antes y/o durante el tratamiento que podrían agregarse a sus costos totales. Consulte con su médico qué estudios de exploración y análisis puede necesitar como parte del tratamiento. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órgano. Usted debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto, y debe tener la Parte B en el momento en que	**El costo compartido se basa en el entorno médico donde se reciba el servicio.** **$0.00** de copago por un suministro para un mes de medicamentos de insulina de la Parte B **administrados en una clínica seleccionada.** **$0.00** de copago por medicamentos para quimioterapia/radiación de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B de Medicare **administrados en una clínica seleccionada** **$35.00** de copago por un suministro para un mes de medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare **proporcionados en una farmacia, en el consultorio de un médico o en un hospital como servicio para pacientes externos.** **20%** de coseguro por medicamentos para quimioterapia/radiación de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B de Medicare **proporcionados en una farmacia, en el consultorio de un médico o en un hospital como servicio para pacientes externos.** Es

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
recibe los medicamentos inmunosupresores. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento • Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el cáncer que toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que haya nuevos medicamentos orales para el tratamiento del cáncer disponibles, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, lo hará la Parte D • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted use como parte de un tratamiento de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas siguientes a la quimioterapia, o si se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas • Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare	posible que pague menos por ciertos medicamentos reembolsables. Esta lista y el costo de cada medicamento con reembolso cambian cada trimestre.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
• Medicamentos calcimiméticos y fijadores de fosfato según el sistema de pago de la ESRD, incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® • Determinados medicamentos para autodiálisis en el hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea médicamente necesario, y anestésicos tópicos • Fármacos estimuladores de la eritrocitopoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si usted tiene enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta) • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. • Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y para sondas) Algunos medicamentos de la Parte B de Medicare requieren tratamiento escalonado además de obtener autorización previa. El tratamiento escalonado es una herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección médica con otro medicamento antes de que el plan cubra el medicamento que le recetó el médico en primer lugar. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Para acceder a la lista de tratamiento escalonado de la Parte B, vaya a https://healthsun.com/plans-coverage/prescription-drug-benefits, diríjase a Step Therapy Criteria (Criterios de tratamiento escalonado) y haga clic en el enlace. También cubrimos algunas vacunas a través de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de nuestro beneficio de cobertura para medicamentos de la Parte D. El Capítulo 5 explica nuestro beneficio para medicamentos con receta de la Parte D, incluidas las normas que se deben seguir a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6. Su proveedor debe obtener una aprobación del plan antes de que usted pueda obtener determinados medicamentos inyectables o que se administran por infusión. Llame al plan para obtener información acerca de qué medicamentos son aplicables. Esto se denomina obtener una autorización previa. ***Puede requerirse una autorización previa para los medicamentos para quimioterapia y todos los demás medicamentos de la Parte B.***	
Línea de enfermería 24/7 (24/7 NurseLine) Como miembro, usted tiene acceso a una línea de enfermería durante las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Cuando llame a nuestra línea de enfermería, podrá hablar directamente con un enfermero matriculado que lo ayudará al responder sus preguntas relacionadas con la salud. La llamada es gratuita y el servicio está disponible en cualquier momento, incluidos los fines de semana y los días feriados. Además, su llamada siempre es confidencial. Para conectarse, llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069.	Ningún costo que pague por los servicios no cubiertos por Medicare se tendrá en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. **$0.00** de copago por el servicio de Línea de enfermería.
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria. ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.
Servicios del programa de tratamiento para opioides	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos y medicamentos agonistas y antagonistas de opioides para tratamiento asistido por medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT) • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	**$0.00** de copago por los servicios del Programa de tratamiento para opioides.
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y de glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que	**$0.00** de copago por servicios de radiología básica (radiografías) cubiertos por Medicare en el consultorio de un médico participante o en un centro de diagnóstico/ambulatorio independiente. **$200.00** de copago por servicios de radiología básica (radiografías) cubiertos por Medicare en un centro hospitalario como paciente externo. **$0.00** de copago por servicios de radiología de diagnóstico

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Pruebas de diagnóstico que no son de laboratorio como tomografías computarizadas (CT), imágenes por resonancia magnética (MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografía por emisión de positrones (PET) cuando su médico u otro proveedor de atención médica las ordena para tratar un problema médico. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos (algunos ejemplos de otras pruebas de diagnóstico incluyen lecturas del metabolismo basal, electroencefalogramas, electrocardiogramas, pruebas de función respiratoria, evaluaciones cardíacas, pruebas de alergia y pruebas psicológicas) ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	(imágenes avanzadas) cubiertos por Medicare en un centro independiente. **$200.00** de copago por servicios de radiología de diagnóstico (imágenes avanzadas) cubiertos por Medicare en un centro hospitalario como paciente externo. **$0.00** de copago por servicios de ecografía cubiertos por Medicare en un centro independiente. **$200.00** de copago por servicios de ecografía cubiertos por Medicare en un centro hospitalario como paciente externo. **$0.00** de copago por cada servicio de laboratorio cubierto. **$0.00** de copago por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare en el consultorio de un médico participante o en un centro de diagnóstico/ambulatorio independiente. **$200.00** de copago por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare en un centro hospitalario como paciente externo. **20%** de coseguro por el costo de los suministros médicos cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
	$0.00 de copago por los servicios cubiertos de extracción, almacenamiento, procesamiento y manipulación de sangre. **$0.00** de copago por servicios de radiología terapéutica (radioterapia/medicina nuclear) cubiertos por Medicare en un centro independiente. **$60.00** de copago por servicios de radiología terapéutica (radioterapia/medicina nuclear) cubiertos por Medicare en un centro hospitalario como paciente externo. **$0.00** de copago por examen oftalmológico integral y evaluación del paciente por enfermedad de la retina. **$0.00** de copago por imágenes remotas para la detección de enfermedades de la retina (por ejemplo, retinopatía en un paciente con diabetes).
Observación hospitalaria para pacientes externos Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por	**$200.00** de copago por cada servicio de sala de observación que reciba en un hospital para pacientes externos.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
las leyes de licencias estatales y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos. **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de datos de *Medicare Hospital Benefits (Beneficios hospitalarios de Medicare)*. Esta hoja de datos se encuentra disponible en www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. ***Puede requerirse una autorización previa.***	
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención	**$200.00** de copago por cada servicio de cirugía cubierto. **$150.00** de copago por consulta de atención de emergencia cubierta. **$200.00** de copago por cada servicio de sala de observación cubierto. **$0.00** de copago por análisis de laboratorio cubierto. **$200.00** de copago por pruebas de diagnóstico, radiografías y servicios de radiología de diagnóstico cubiertos. **$60.00** de copago por servicios

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
• Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital • Suministros médicos como entablillados y yesos • Algunos medicamentos y productos biológicos no se pueden autoadministrar **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	de radiología terapéutica cubiertos. **$0.00** de copago por servicios de salud mental o por abuso de sustancias cubiertos, incluidos los programas de hospitalización parcial. **$0.00** de copago - **20%** de coseguro por ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede administrarse por sí mismo. Es posible que pague menos por ciertos medicamentos reembolsables. Esta lista y el costo de cada medicamento con reembolso cambian cada trimestre. Consulte la sección Medicamentos de la Parte B de Medicare para obtener más información sobre ciertos medicamentos y productos biológicos. **$200.00** de copago por otros servicios para pacientes externos facturados por un hospital. Si los suministros médicos se facturan como parte de su servicio hospitalario pacientes externos, se aplicará el costo compartido del hospital para pacientes externos. El costo compartido que le corresponde pagar por las consultas en la sala de emergencia, las pruebas de diagnóstico para pacientes externos, los servicios terapéuticos para pacientes externos y los análisis de

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
	laboratorio se indica en los apartados correspondientes de este cuadro. **Puede encontrar información adicional sobre otros servicios para pacientes externos** en otras secciones de esta tabla de beneficios, como consultas a la sala de emergencias, pruebas de diagnóstico y servicios de radiología terapéutica para pacientes externos, salud mental ambulatoria, hospitalización parcial, dispositivos protésicos y suministros médicos, y la sección de medicamentos de la Parte B de Medicare para obtener detalles sobre ciertos medicamentos y productos biológicos.
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejera profesional autorizada (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT), enfermero con práctica médica (Nurse Practitioner, NP), asistente médico (Physician Assistant, PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por la legislación estatal aplicable. ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	**$0.00** de copago por cada consulta de terapia cubierta con un profesional de salud mental. Esto se aplica a la terapia individual o grupal. **$0.00** de copago por cada consulta de terapia cubierta con un psiquiatra. Esto se aplica a la terapia individual o grupal.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son	**$0.00** de copago por cada consulta de fisioterapia cubierta por Medicare brindada en un centro médico participante.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos de pacientes externos de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF). ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	**$25.00** de copago por cada consulta de fisioterapia cubierta por Medicare brindada en el consultorio de un médico, centro de rehabilitación o centro hospitalario como paciente externo. **$25.00** de copago por cada consulta de terapia ocupacional y de terapia del habla/lenguaje cubierta por Medicare.
Servicios por trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos Atención de salud mental para pacientes externos para el diagnóstico y/o tratamiento de trastornos relacionados con el consumo de sustancias. ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	**$0.00** de copago por cada consulta de terapia cubierta. Esto se aplica a la terapia individual o grupal.
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo. ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	**$75.00** de copago por cada cirugía cubierta que se realice en un centro quirúrgico ambulatorio. **$200.00** de copago por cada servicio de cirugía cubierto en un hospital para pacientes externos.
Productos de venta libre (Over the Counter, OTC) Cubrimos **$85** cada mes para sus artículos de venta libre (OTC). Debe realizar su pedido a través del Formulario de artículos de venta libre (OTC) aprobado por el plan. El Formulario OTC se incluye en su paquete de bienvenida de afiliación y está disponible en nuestro sitio web (www.healthsun.com).	Ningún costo que pague por los servicios no cubiertos por Medicare se tendrá en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Para obtener más información sobre cómo realizar su pedido de artículos OTC con el plan, llámenos al 1-877-336-2069. TTY: 1-877-206-0500.	Este plan cubre determinados medicamentos de venta libre y artículos relacionados con la salud aprobados que se venden sin receta, hasta **$85** por mes. Los montos de los artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) no utilizados vencen al final de cada mes.
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos La *hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, del terapeuta, del terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) o en un consultorio de asesores profesionales con licencia y es una alternativa a la hospitalización. El *servicio intensivo para pacientes externos* es un programa estructurado de tratamiento/terapia de salud conductual (mental) activo proporcionado en un departamento de pacientes externos de un hospital, un centro de salud mental comunitario, 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, terapeuta, terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) o consejero profesional autorizado (Licensed Professional Counselor, LPC), pero menos intenso que la hospitalización parcial. **Nota:** Debido a que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, solo cubrimos la hospitalización parcial como un entorno hospitalario para pacientes externos. ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	**$0.00** de copago por cada consulta de hospitalización parcial cubierta o servicio intensivo para pacientes externos.
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen:	**El costo compartido por los servicios de médicos especialistas se basa en el**

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
• Servicios quirúrgicos o de atención médica médicamente necesarios que recibe en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación • Consultas, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista • Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) o especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento • Ciertos servicios de telesalud, incluidos los servicios de telesalud cubiertos por Medicare brindados por su médico de atención primaria, un enfermero con práctica médica o asistente médico afiliado con la atención primaria, sesiones individuales para consultas de salud mental o sesiones individuales para servicios de psiquiatría. ○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. • Algunos servicios de telesalud, entre los que se incluyen consultas, diagnósticos y tratamientos por parte de un médico o profesional para los pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro.	**entorno médico donde se reciba el servicio.** **$0.00** de copago por cada consulta cubierta en el consultorio de un médico de atención primaria (PCP). **$0.00** de copago por cada consulta cubierta con un especialista en un centro médico participante. **$15.00** de copago por cada consulta cubierta con un especialista en todas las demás ubicaciones. **$0.00** de copago por los servicios de otros profesionales de la salud, incluidos parteras, asistentes médicos, enfermeros practicantes y obstetras/ginecólogos (OB/GYN). **$0.00** de copago por servicios de telesalud definidos cubiertos por Medicare por parte de su médico de atención primaria, un enfermero especializado o asistente médico afiliado a la atención primaria de la red, un proveedor de atención de salud mental de la red o un proveedor de atención psiquiátrica de la red. Para las otras especialidades, los servicios de telesalud cubiertos por Medicare aplicarán el costo compartido correspondiente que se encuentra en esta tabla de beneficios, según la especialidad.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar, o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si se cumple lo siguiente: ○ Tiene una consulta en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud. ○ Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5-10 minutos **si:** ○ No es un paciente nuevo **y** ○ El control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días **y** ○ El control no deriva en una consulta en el consultorio dentro de las siguientes 24 horas o en la cita más cercana disponible • Evaluación de videos y/o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas **si**:	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
○ No es un paciente nuevo **y** ○ La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días **y** ○ La evaluación no deriva en una consulta en el consultorio dentro de las siguientes 24 horas o en la cita más cercana disponible • Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, internet o registro de salud electrónico • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía ***Se requiere autorización previa y remisión para los servicios de médicos especialistas y otros profesionales de la salud. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.2 para conocer los servicios que no requieren una remisión.***	
Servicios de podiatría (cubiertos por Medicare) Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos) • Cuidado de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores ***Puede requerirse una autorización previa.***	**$0.00** de copago por cada consulta de cuidado de los pies que no sea de rutina cubierta por Medicare. Esto es para el diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). **$0.00** de copago por cada consulta de cuidado de los pies de rutina cubierta por Medicare. Esto es para el cuidado de rutina de los pies para los miembros con ciertas afecciones médicas que afectan a las extremidades inferiores.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de podiatría - complementarios Este plan cubre servicios adicionales de cuidado de los pies no cubiertos por Original Medicare: • Eliminación o corte de durezas o callos, corte de uñas y otros cuidados higiénicos y preventivos sin que exista una enfermedad localizada, una lesión o síntomas que afecten a los pies • 1 consulta(s) para el cuidado de rutina de los pies cada trimestre. ***Puede requerirse una autorización previa.***	Ningún costo que pague por los servicios no cubiertos por Medicare se tendrá en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. **$0.00** de copago por cada consulta de cuidado de rutina de los pies.
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que usted corre un riesgo elevado de contraer VIH, cubrimos medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y servicios relacionados. Si usted califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamento oral o inyectable de PrEP aprobado por la FDA. Si se le administra un medicamento inyectable, también cubrimos el cargo por la inyección del medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluidas evaluación de riesgo de contraer VIH, reducción de riesgo de contraer VIH y cumplimiento farmacológico) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección de VIH cada 12 meses. Una prueba de detección del virus de la hepatitis B por única vez. ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.
Pruebas de detección de cáncer de próstata	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA) ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.
Dispositivos protésicos y ortésicos, y suministros relacionados Dispositivos (salvo los dentales) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, adaptación o preparación para el uso de dispositivos protésicos y ortésicos, así como: bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, extremidades artificiales, y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así como la reparación y/o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte *Atención de la vista* más adelante en esta sección). ***Puede requerirse una autorización previa.***	**20%** de coseguro por los dispositivos y suministros protésicos cubiertos. Debe obtener los dispositivos y los suministros protésicos de un proveedor que trabaje con este plan. Estos no estarán cubiertos si usted los compra en una farmacia.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) de moderada a muy grave y que tienen una orden para recibir servicios de rehabilitación pulmonar del médico que trata su enfermedad respiratoria crónica. ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	**$5.00** de copago por cada consulta de rehabilitación pulmonar cubierta.
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria. ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.
Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado solicitan una, y usted cumple con una de estas condiciones: • Usted corre un alto riesgo porque usa o ha usado drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se le considera de alto riesgo, cubrimos una prueba de detección una vez. Si corre un alto riesgo (por ejemplo, ha seguido usando drogas inyectables ilícitas desde su prueba de detección de hepatitis C negativa anterior), cubrimos pruebas de detección anuales. ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible por la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos: tener entre 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquetes/años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas. *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT:* el miembro debe recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare. ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (Sexually Transmitted Infections, STI) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por STI cuando las solicita el proveedor de atención primaria (PCP). Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones individuales superintensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por STI. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de STI y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico. ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o está fuera del alcance) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial) • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar) • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura para medicamentos de la Parte B, consulte la sección **Medicamentos**	**$0.00** de copago por cada consulta cubierta para recibir servicios de educación sobre enfermedades renales. **20%** de coseguro por: • Diálisis renal cuando usted utilice un proveedor de nuestro plan o esté fuera del área de servicio por un breve período • Equipo o suministros para diálisis • Servicios de apoyo a domicilio para diálisis **20%** de coseguro por cada sesión de capacitación cubierta sobre cómo cuidarse si necesita diálisis. No necesita la aprobación del plan antes de recibir diálisis. Pero infórmenos cuándo necesita comenzar con esta atención, para que podamos colaborar con sus proveedores.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
de la Parte B de Medicare en esta tabla. ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión para servicios de diálisis.***	
SilverSneakers **Membresía de SilverSneakers®** SilverSneakers puede ayudarlo a tener una vida más saludable y más activa a través del acondicionamiento físico y la conexión social. Usted tiene cobertura para un beneficio de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers en línea y en centros participantes.[1] Usted tiene acceso a una red nacional de centros participantes, donde puede tomar clases[2] usar los equipos de ejercicio y otras instalaciones/servicios. Inscríbase en tantos centros como desee, en cualquier momento. También tiene acceso a instructores que dan clases de ejercicios grupales especialmente diseñadas, tanto en persona como en línea, los siete días de la semana. Además, SilverSneakers Community le da opciones para estar activo fuera de los gimnasios tradicionales en centros recreativos, parques y otras instalaciones en su vecindario. SilverSneakers también lo conecta con una red de apoyo y recursos en línea a través de clases de SilverSneakers LIVE, videos de SilverSneakers a pedido (SilverSneakers On-Demand) y la aplicación móvil SilverSneakers GO. Todo lo que necesita para empezar es su número de identificación personal de SilverSneakers. Visite SilverSneakers.com para obtener más información sobre su beneficio o llame al 1-855-741-4985 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. Siempre hable con su médico antes de comenzar un programa de ejercicios. [1]Los centros participantes (Participating Locations, PL) no son propiedad de Tivity Health, Inc. o de sus afiliadas, ni son administrados por estas. El uso de las instalaciones y los servicios de los PL está limitado a los términos y condiciones de la membresía básica del PL. Las instalaciones y los servicios varían según el PL.	Ningún costo que pague por los servicios no cubiertos por Medicare se tendrá en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. **$0.00** de copago por el programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
[2]La membresía incluye clases grupales de acondicionamiento físico de SilverSneakers impartidas por instructores. Algunos centros ofrecen a los miembros clases adicionales. Las clases varían según el centro. SilverSneakers no es una membresía de un gimnasio, sino un programa especializado diseñado específicamente para adultos mayores. Quedan excluidas las membresías de gimnasios u otros programas de acondicionamiento físico que no cumplan los criterios de SilverSneakers. SilverSneakers es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados. Tivity Health, Inc. es una compañía independiente que proporciona un programa de acondicionamiento físico en nombre de este plan.	
Atención en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) (Para conocer la definición de centro de atención de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Algunas veces, los centros de atención de enfermería especializada se denominan SNF). 100 días por período de beneficios. No se requiere la hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen entre otros: • Habitación semiprivada (o una habitación privada, si es médicamente necesario) • Comidas, incluye dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre) • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y de glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que	Para los centros de atención de enfermería especializada cubiertos: Días 1 - 20: **$0.00** por día / Días 21 - 100: **$60.00** por día El período de beneficios comienza el primer día que usted es un paciente internado en un hospital o centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Finaliza cuando ha dejado de recibir atención como paciente internado en un hospital o centro de atención de enfermería especializada durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un centro de atención de enfermería especializada después de que haya finalizado un período de beneficios, se inicia un nuevo período de beneficios. Sus beneficios de atención en

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente proveen los SNF • Uso de equipos, como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF • Servicios de médicos o profesionales Generalmente, a la atención en centros de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) la obtiene en centros de la red. En determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para jubilados donde usted vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	un centro de atención de enfermería especializada se basan en la fecha de admisión. Si lo admiten en 2026 y lo dan de alta en 2027, se aplican los copagos de 2026 hasta que no reciba atención para pacientes internados en un hospital de cuidados agudos, un centro de atención de enfermería especializada (SNF) o un centro de salud mental para pacientes internados durante 60 días consecutivos.
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Los servicios de asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco están cubiertos para pacientes externos y hospitalizados que cumplan con los siguientes criterios:	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
• Consumir tabaco, independientemente de si presentan o no signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco • Estar en condiciones de comprender y participar activamente durante el asesoramiento • Recibir el asesoramiento de un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare Cubrimos 2 intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, lo que permite hasta 8 sesiones por año). ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	
Tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y -60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en	**$5.00** de copago por cada sesión cubierta de SET.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario. ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	
Transporte Este beneficio cubre viajes de rutina de un tramo, que no sean de emergencia (límite de 50 millas por viaje de un tramo) a ubicaciones dentro del área de servicio local para obtener servicios relacionados con la salud aprobados por el plan. Los viajes pueden cubrirse para ir y volver de consultas médicas aprobadas por el plan y visitas a una farmacia para recoger recetas. Puede utilizar este beneficio para viajes de un tramo o puede programar un viaje de ida y vuelta utilizando dos viajes de un tramo. Las paradas breves en una farmacia para recoger una receta después de una consulta médica relacionada con el plan pueden hacerse como parte del viaje de regreso y no requerirán un viaje separado. Pida al proveedor/establecimiento que llame a la farmacia donde está su receta para que tenga una espera más corta. Al programar su viaje, informe al proveedor si está en silla de ruedas, si necesita ayuda o si alguien lo acompañará. Los medios de transporte aprobados pueden incluir: • Taxi • Transporte compartido • Furgoneta para traslado en silla de ruedas • Transporte público Debe usar el proveedor aprobado por el plan y programar los viajes con al menos 48 horas de antelación (excluidos los fines de	Ningún costo que pague por los servicios no cubiertos por Medicare se tendrá en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. **$0.00** de copago. Este plan ofrece cobertura para una cantidad ilimitada de servicios de transporte de rutina cada año. Los viajes se limitan a 50 millas.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
semana). Consulte la sección de Servicios de ambulancia en esta tabla para obtener información sobre los servicios de ambulancia que no sean de emergencia y que estén cubiertos por Medicare. ***Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.***	
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiera atención médica inmediata, y que no sea una emergencia, es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, y no es razonable dado el momento, el lugar y las circunstancias obtener este servicio a través de proveedores de la red con los que el plan tiene un contrato. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo le cobrará el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas de rutina a proveedores que sean médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente. **También ofrecemos servicios cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios:** • Atención de emergencia en todo el mundo • Cobertura de urgencia en todo el mundo • Transporte de emergencia en todo el mundo Los servicios de urgencia se cubren en todo el mundo. Este plan cubre los servicios de urgencia en todo el mundo si viaja fuera de los Estados Unidos por menos de seis meses. La cobertura está limitada a **$100,000** por año por servicios de urgencia y de emergencia en todo el mundo. Se trata de un beneficio complementario y no de un beneficio	Ningún costo que pague por los servicios no cubiertos por Medicare se tendrá en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. **$25.00** de copago por cada servicio de urgencia cubierto. **$150.00** de copago por cada servicio de urgencia cubierto en todo el mundo. **El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de las siguientes 24 horas.**

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
cubierto por el programa federal Medicare. Usted es responsable de todos los costos que superen los **$100,000**, así como de todos los costos de regreso a su área de servicio. Es posible que tenga la opción de adquirir un seguro de viaje adicional a través de una agencia autorizada.	
Atención de la vista cubierta por Medicare Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma incluyen: las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, afroestadounidenses de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, se cubre 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 necesita 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 pares de anteojos después de la segunda cirugía.	**$0.00** de copago por cada examen para tratar una afección ocular cubierto por Medicare. **$0.00** de copago por una prueba de detección de glaucoma cubierta por Medicare. **$0.00** de copago por retinopatía diabética cubierta por Medicare e imágenes remotas para la detección de enfermedades de la retina (por ejemplo, retinopatía en un paciente con diabetes). **$0.00** de copago por cada examen para tratar una afección ocular cubierto por Medicare y por un examen oftalmológico integral y evaluación del paciente por enfermedad de la retina. Después de una cirugía de cataratas, se aplica un copago de **$0.00** por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare. Los exámenes de la vista y la detección temprana son importantes ya que algunos problemas no provocan síntomas. Es importante encontrar los problemas de

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
	manera temprana. El médico le indicará qué pruebas necesita. Hable con su médico para ver si califica.
Atención de la vista - complementario Este plan proporciona servicios de la vista adicionales que no están cubierto por Original Medicare. Este plan cubre 1 examen de la vista de rutina cada año. Este plan cubre hasta **$200** cada año para anteojos o lentes de contacto. La cobertura para anteojos o lentes de contacto se limita a lo siguiente: • Hasta 1 par de anteojos completos por año del plan, o • Hasta 1 par de lentes por año del plan • Hasta 1 par de marcos por año del plan Las lentes de contacto, incluida la adaptación de lentes de contacto y los servicios relacionados, están cubiertas en lugar de los anteojos (lentes y marcos), hasta el límite máximo de cobertura del beneficio.	Ningún costo que pague por los servicios no cubiertos por Medicare se tendrá en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. **$0.00** de copago por un examen de la vista de rutina por año del plan. Las refracciones están cubiertas como parte de un examen de la vista de rutina y no están cubiertas si se facturan separadamente. **$0.00** de copago por anteojos o lentes de contacto hasta el monto permitido cada año del plan. El monto que cubre el plan para anteojos o lentes de contacto se deduce del monto del cargo total facturado al seguro. Después de que se apliquen los beneficios pagados del plan para anteojos o lentes de contacto, usted es responsable de cualquier costo restante, incluidos los servicios no cubiertos. Los beneficios disponibles a través de este plan no se pueden combinar con ningún otro descuento en tienda.
Consulta preventiva Bienvenido a Medicare Nuestro plan cubre la consulta preventiva única *Bienvenido a Medicare*. La consulta incluye una revisión de su salud, como así	No se requiere coseguro, copago ni deducible por la consulta preventiva *Bienvenido*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas (o inmunizaciones)) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare* solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*.	*a Medicare* ni por el electrocardiograma (EKG) realizado después de la consulta preventiva.

Código de la ADA	Descripción	Limitación
Beneficios dentales de Health Sun para 2026 $5,000 de beneficio anual máximo		
Diagnóstico		
D0120	Evaluación oral periódica – paciente establecido	2 por año (Incluye: D0120, D0140, D0150, D0170, D0180, D9310)
D0140	Evaluación oral limitada – centrada en el problema	
D0150	Evaluación oral integral	
D0170	Reevaluación, limitada, centrada en el problema (paciente establecido, no es consulta posoperatoria)	
D0180	Evaluación periodontal integral – paciente nuevo o establecido	
D0190	Examinación del paciente	
D0191	Evaluación del paciente	
D0210	Serie de imágenes radiográficas intraorales completas	Una cada 3 años (Incluye: D0210, D0330)
D0220	Primera imagen radiográfica intraoral periapical	2 por año (incluye: D0220, D0230)
D0230	Cada imagen radiográfica intraoral periapical adicional	
D0270	Radiografía de aleta de mordida, imagen radiográfica única	2 por año (Incluye: D0270, D0272, D0273, D0274)
D0272	Radiografías de aleta de mordida, imagen radiográfica (par adicional por año)	
D0273	Radiografías de aleta de mordida, tres imágenes radiográficas	

Código de la ADA	Descripción	Limitación
D0274	Radiografías de aleta de mordida, cuatro imágenes radiográficas	
D0330	Imagen radiográfica panorámica	Una cada 3 años (Incluye: D0210, D0330)
Preventiva		
D1110	Profilaxis - adulto	2 por año (Incluye: D1110, D4910)
D1206	Aplicación tópica de barniz de fluoruro	2 por año (Incluye: D1206, D1208)
D1208	Aplicación tópica de fluoruro - excluye barniz	
D1310	Asesoramiento nutricional	
D1320	Asesoramiento sobre el consumo de tabaco	
D1330	Instrucciones para la higiene oral	
Restauraciones (Empastes)		
D2140	Amalgama, 1 cara, primario o permanente	4 por año Una vez por diente, por cara, cada 3 años (Incluye: D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393, D2394)
D2150	Amalgama, 2 caras, primario o permanente	
D2160	Amalgama, 3 caras, primario o permanente	
D2161	Amalgama, 4 o más caras, primario o permante	
D2330	Resina compuesta - 1 cara, anterior	
D2331	Resina compuesta - 2 caras, anterior	
D2332	Resina compuesta - 3 caras, anterior	
D2335	Resina compuesta - 4 o más caras o que afecte el ángulo incisal (anterior)	

Código de la ADA	Descripción	Limitación
D2391	Resina compuesta - 1 cara, posterior	
D2392	Resina compuesta - 2 caras, posterior	
D2393	Resina compuesta - 3 caras, posterior	
D2394	Resina compuesta - 4 o más caras, posterior	
Corona reparada		
D2710*	Corona, resina compuesta (indirecta)	2 por año (Incluye: D2710, D2740, D2750, D2751, D2752, D2790, D6058 - D6067)
D2740*	Corona - porcelana/cerámica	
D2750*	Corona - porcelana sobre metal de alta nobleza	
D2751*	Corona - porcelana sobre metal común predominantemente	
D2752*	Corona - porcelana sobre metal noble	
D2790*	Corona - completa colada con metal de alta nobleza	
D2799*	Corona provisional - más tratamiento de finalización de diagnóstico necesario antes de la impresión final	2 por año
D2910	Recementado o readhesión de inlay, onlay, restauración de cobertura parcial o carilla	
D2915	Recementado o readhesión de poste y muñón fabricados indirectamente o prefabricados	
D2920	Recementado o readhesión de corona	
D2940	Restauración protectora	
D2950*	Construcción del muñón, incluye los pernos	

Código de la ADA	Descripción	Limitación
D2951*	Retención de perno - por diente, además de restauración	
D2952*	Poste y muñón además de corona, fabricados indirectamente	
D2954*	Poste y muñón prefabricados además de corona	
Endodoncia (tratamientos de conducto)		
D3310	Endodoncia, diente anterior (excluida la restauración final)	2 por año (Incluye: D3310, D3320, D3330)
D3320	Endodoncia, premolar (excluida la restauración final)	
D3330	Endodoncia, molar (excluida la restauración final)	
Periodoncia		
D4341*	Raspado periodontal y alisado radicular - 4 o más dientes por cuadrante	1 por cuadrante por año (Incluye: D4341, D4342)
D4342*	Raspado periodontal y alisado radicular - 1 - 3 dientes por cuadrante	
D4346*	Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave - boca completa	1 por año
D4355	Desbridamiento de boca completa para permitir evaluación y diagnóstico periodontales integrales en una consulta posterior	Una vez cada 2 años
D4910	Mantenimiento periodontal	2 por año (Incluye: D1110, D4910)
D4921	Irrigación gingival – por cuadrante	1 por cuadrante por año
Prostodoncia removible (dentaduras postizas completas y parciales)		

Código de la ADA	Descripción	Limitación
D5110*	Dentadura postiza completa - maxilar	Una dentadura postiza completa o parcial por arco cada 3 años. Incluye ajustes, realineaciones, rebasados dentro de los 6 meses de la colocación de una dentadura postiza. (Incluye: D5110, D5120, D5130, D5140, D5211, D5212, D5213, D5214, D5521, D5222, D5225, D5226, D5863-D5866, D6110, D6113)
D5120*	Dentadura postiza completa - mandibular	
D5130*	Dentadura postiza inmediata - maxilar	
D5140*	Dentadura postiza inmediata - mandibular	
D5211*	Dentadura postiza parcial maxilar - base de resina (incluye materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes)	
D5212*	Dentadura postiza parcial mandibular - base de resina (incluye materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes)	
D5213*	Dentadura postiza parcial maxilar - estructura de metal colado con bases de dentadura de resina (incluye materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes)	
D5214*	Dentadura postiza parcial mandibular - estructura de metal colado con bases de dentadura de resina (incluye materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes)	
D5221*	Dentadura postiza inmediata parcial maxilar - base de resina	
D5222*	Dentadura postiza inmediata parcial mandibular - base de resina	
D5225*	Dentadura postiza parcial maxilar - base flexible (incluye materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes)	
D5226*	Dentadura postiza parcial mandibular - base flexible (incluye materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes)	

Código de la ADA	Descripción	Limitación
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa - maxilar (después de 3, por ajuste)	
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa - mandibular (después de 3, por ajuste)	
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial - maxilar (después de 3, por ajuste)	
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial - mandibular (después de 3, por ajuste)	
D5520	Reemplazo de dientes perdidos o rotos - dentadura postiza completa (cada diente)	
D5630	Reparación o reemplazo de materiales de retención/sujeción rotos - por diente	
D5640	Reemplazo de dientes rotos - por diente	
D5650	Agregado de diente a dentadura postiza parcial existente	
D5660	Agregado de gancho a dentadura postiza parcial existente - por diente	
D5710	Rebasado de dentadura postiza maxilar completa	1 por año por arco (Incluye: D5710, D5711, D5720, D5721)
D5711	Rebasado de dentadura postiza mandibular completa	
D5720	Rebasado de dentadura postiza maxilar parcial	
D5721	Rebasado de dentadura postiza mandibular parcial	
D5730	Rebasado de ajuste (reline) de dentadura postiza maxilar completa (directo)	1 por año por arco (Incluye: D5730, D5731, D5740, D5741, D5750, D5760, D5761)
D5731	Rebasado de ajuste (reline) de dentadura postiza mandibular completa (directo)	

Código de la ADA	Descripción	Limitación
D5740	Rebasado de ajuste (reline) de dentadura postiza maxilar parcial (directo)	
D5741	Rebasado de ajuste (reline) de dentadura postiza mandibular parcial (directo)	
D5750	Rebasado de ajuste (reline) de dentadura postiza maxilar completa (indirecto)	
D5751	Rebasado de ajuste (reline) de dentadura postiza mandibular completa (indirecto)	
D5760	Rebasado de ajuste (reline) de dentadura postiza maxilar parcial (indirecto)	
D5761	Rebasado de ajuste (reline) de dentadura postiza mandibular parcial (indirecto)	
Servicios de implantes		
D5863*	Sobredentadura – completa, maxilar	Una dentadura postiza completa o parcial por arco cada 3 años. (Incluye: D5110, D5120, D5130, D5140, D5211-D5214, D5521, D5222, D5225, D5226, D5863-D5866, D6110-D6113)
D5864*	Sobredentadura – parcial, maxilar	
D5865*	Sobredentadura – completa, mandibular	
D5866*	Sobredentadura – parcial, mandibular	
D6010*	Reemplazo quirúrgico de cuerpo de implante: implante endostal	2 por año
D6056*	Abutment prefabricado – incluye modificación y colocación	2 por año (Incluye: D6056, D6057, D6191, D6192)
D6057*	Abutment fabricado a medida – incluye colocación	
D6058*	Corona de porcelana/cerámica soportada por abutment	2 por año

Código de la ADA	Descripción	Limitación
		(Incluye: D2710, D2740, D2750, D2751, D2752, D2790, D6058 - D6067)
D6059*	Corona de porcelana sobre metal (alta nobleza) soportada por abutment	
D6060*	Corona de porcelana sobre metal (metal común predominantemente) soportada por abutment	
D6061*	Corona de porcelana sobre metal (metal noble) soportada por abutment	
D6062*	Corona colada de metal (metal de alta nobleza) soportada por abutment	
D6063*	Corona colada de metal (metal común predominantemente) soportada por abutment	
D6064*	Corona colada de metal (metal noble) soportada por abutment	
D6065*	Corona de porcelana/cerámica soportada por implante	
D6066*	Corona soportada por implante – porcelana sobre aleaciones de alta nobleza	
D6067*	Corona soportada por implante – aleaciones de alta nobleza	
D6092*	Recementado o readhesión de corona soportada por implante/abutment	
D6093*	Recementado o readhesión de dentadura postiza parcial soportada por implante/abutment	
D6110*	Dentadura postiza removible soportada por implante/abutment para arco edéntulo - maxilar	Una dentadura postiza completa o parcial por arco cada 3 años. (Incluye: D5110, D5120, D5130, D5140, D5211-D5214, D5521, D5222, D5225, D5226, D5863-D5866, D6110-D6113)
D6111*	Dentadura postiza removible soportada por implante/abutment para arco edéntulo - mandibular	

Código de la ADA	Descripción	Limitación
D6112*	Dentadura postiza removible soportada por implante/abutment para arco edéntulo parcialmente - maxilar	
D6113*	Dentadura postiza removible soportada por implante/abutment para arco edéntulo parcialmente - mandibular	
D6191*	Abutment de semiprecisión - colocación (en cuerpo del implante)	2 por año (Incluye: D6056 y D6057, D6191, D6192)
D6192*	Aditamento de semiprecisión - colocación (en prótesis removible)	
Cirugía oral (Extracciones)		
D7140	Extracción, diente erupcionado o expuesto	4 por año (Incluye: D7140, D7210, D7250)
D7210*	Extracción, diente erupcionado que requiere remoción de hueso y/o seccionamiento del diente	
D7250*	Extracción de raíces dentales residuales (procedimiento de corte)	
Servicios complementarios		
D9110	Tratamiento paliativo (emergencia) del dolor dental - procedimientos menores	
D9215	Anestesia local junto procedimientos operatorios o quirúrgicos	
D9310	Segunda opinión (por parte de dentista participante)	2 por año (Incluye: D0120, D0140, D0150, D0170, D0180, D9310)
D9430	Consulta de observación en el consultorio (durante horario programado regularmente) - no se prestan otros servicios	

Notas:

- No todos los dentistas participantes realizan todos los procedimientos mencionados. Consulte con su dentista antes del tratamiento para conocer la disponibilidad de servicios.
- Se requiere autorización y aprobación previas para los códigos de procedimiento marcados con un " * ". Los procedimientos deben cumplir con los criterios del plan.
- Los procedimientos no mencionados se proporcionarán conforme a los cargos usuales y habituales del dentista participante menos un 25% de descuento.

Atención especializada: Si usted requiere los servicios de un especialista (cirujano oral, endodoncista, prostodoncista, ortodoncista), puede consultar a un especialista participante (donde esté disponible). Los especialistas participantes prestarán servicios a los miembros conforme a los cargos usuales y habituales del especialista, menos un descuento del 25 por ciento. Se puede solicitar una lista de los especialistas que participan en Florida Dental Benefits llamando al Departamento de Servicio al Cliente.

Exclusiones

Los siguientes beneficios dentales no están cubiertos ni son ofrecidos por Florida Dental Benefits:

- Cualquier servicio o aparato dental que se determine que no es razonable y/o necesario para mantener o mejorar la salud dental del miembro.
- Consultas para beneficios no cubiertos.
- Una profilaxis (limpieza de rutina) no puede realizarse en un miembro que tiene una enfermedad periodontal sin tratar.
- Cualquier procedimiento dental considerado experimental por un dentista o especialista participante o por el Director Dental de Florida Dental Benefits.
- Suministro de medicamentos.
- Costo de la hospitalización (hospitales, centros quirúrgicos para pacientes externos u otro centro similar).
- Cualquier tratamiento dental iniciado antes de la fecha de entrada en vigencia del Miembro, incluidos, entre otros, dientes preparados para coronas, endodoncias en proceso, dentaduras postizas de las que se han tomado impresiones.
- Cualquier procedimiento que, según la opinión profesional del dentista o especialista dental participante, o del Director Dental de Florida Dental Benefits:
    - tenga una baja probabilidad de éxito en función de la condición del diente o de los dientes o las estructuras circundantes.
    - sea inconsistente con los estándares de odontología generalmente aceptados.

- Lesión accidental definida como daño al tejido duro y blando de la cavidad bucal que sea resultado de fuerzas externas a la boca.
- Cualquier procedimiento o tratamiento dental que no se pueda realizar en el consultorio dental debido a limitaciones físicas o de salud general del miembro, según lo indicado por el médico personal del miembro, un dentista/especialista participante o el Director Dental de Florida Dental Benefits. Los procedimientos dentales incluyen, entre otros, resistencia física o emocional, incapacidad para acudir al consultorio dental o alergia a anestesia local usada comúnmente.
- Cualquier tratamiento pagado por las leyes sobre responsabilidad del empleador o compensación laboral, por una agencia del gobierno federal o estatal o por otra cobertura de seguro del miembro. Cualquier tratamiento proporcionado sin costo por cualquier municipalidad, condado u otra subdivisión política.
- Cualquier atención dental proporcionada por un dentista general o especialista no participante, excepto en casos de emergencia. Los servicios dentales de emergencia se definen como aquellos servicios necesarios para el tratamiento de cualquier afección que requiera atención inmediata, incluidos:
    - Alivio del dolor
    - Servicios para controlar y detener la hemorragia
    - Servicios para tratar una infección grave o aguda
    - Lesión traumática de los dientes, estructuras de apoyo, mandíbulas y tejidos de la cavidad bucal, como:
        - Servicios para suavizar o remover bordes filosos de dientes rotos y aparatos de ortodoncia
        - Servicios para reparar laceraciones de tejidos blandos de la cavidad bucal
        - Servicios para tratar la inflamación dental con fiebre alta
- Servicios que sean consecuencia de cualquier acto de guerra, declarada o no, o que sean consecuencia de servicios militares.
- El dentista participante tendrá derecho a negarse a brindar tratamiento a un miembro que no cumpla con el tratamiento recetado.
- Extracción de dientes, cuando estos sean asintomáticos, no muestren signos de infección, lo que incluye, entre otros, la extracción de terceros molares.

Limitaciones

- Las coronas cubiertas y soportadas por abutment se limitan a 1 por diente cada 5 años.
- La colocación de un implante dental se limita a uno por diente en la vida.

- Los dentistas participantes deben mantener registros y tablas de todos los servicios dentales prestados a los miembros de acuerdo con la Ley de Prácticas Dentales y Regulaciones de Florida (Florida Dental Practice Act and Regulations). Estos registros son propiedad del dentista participante. Después de inscribirse, el miembro autoriza a Florida Dental Benefits a solicitar y obtener, para uso exclusivo de Florida Dental Benefits, registros, radiografías o cualquier otra información del miembro de cualquier dentista que haya proporcionado tratamiento al miembro. Si el miembro lo solicita, el dentista participante proporcionará copias de radiografías y registros de servicio. El dentista participante tiene derecho a cobrarle al miembro un monto que no supere el monto cobrado por un secretario de tribunal (Clerk of Courts) del condado específico donde se encuentre el consultorio dental por registros dentales y copias de radiografías solicitados por el miembro. Ni un dentista participante ni Florida Dental Benefits deberán trasferir radiografías o registros originales, a menos que lo exija la ley.
- Florida Dental Benefits tiene contratos con consultorios dentales de propiedad independiente. Todos los dentistas participantes acuerdan cumplir con sus obligaciones de conformidad con los estándares profesionales prevalecientes de la profesión dental, mantener en plena vigencia y efecto el seguro de responsabilidad profesional (mala praxis) y mantener un seguro de responsabilidad general y sobre las instalaciones por montos de cobertura razonables para cubrir daños a la persona o a la propiedad de los miembros. Florida Dental Benefits no es responsable por ningún daño o lesión a una persona o propiedad que sea consecuencia directa o indirecta de un acto negligente u omisión, o mala praxis, por parte de un dentista participante o cualquier otro dentista o asistente que preste servicios a un miembro, ya sea de naturaleza de emergencia o de otro tipo, o por cualquier otro daño o lesión a una persona o propiedad que sea consecuencia, surja o esté relacionado de cualquier otra manera con alguna condición defectuosa o peligrosa en, alrededor o vinculada con un consultorio dental u otra oficina o centro dental que pudiera prestar servicios a un miembro. Florida Dental Benefits no será responsable ni tendrá obligación alguna por contratos/acuerdos financieros celebrados entre un dentista participante y un miembro.
- Si los servicios prestados se requieren debido a una lesión causada por negligencia por parte de un tercero, y si el miembro recibe una recuperación contra la parte negligente, o si el miembro recibe beneficios de seguro o compensación laboral, entonces cualquier dentista participante tendrá derecho a facturar y cobrar al miembro sus cargos razonables usuales y habituales por cualquier servicio dental prestado hasta el momento y en la medida de la recuperación en lo que respecta a dichos servicios dentales.

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (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 los 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 nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3).

Servicios no cubiertos por Medicare	**Cubiertos solo en situaciones específicas**
Acupuntura	Disponible para personas con dolor crónico en la parte baja de la espalda en determinadas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos	Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	No cubiertos en ninguna situación
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales. Los artículos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.	Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	No cubiertos en ninguna situación
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	No cubiertos en ninguna situación
Entrega de comidas a domicilio	Medicare no cubre la entrega de comidas a domicilio. Este plan cubre la entrega de comidas a domicilio como un beneficio complementario. Para utilizar este beneficio debe utilizar un proveedor que participe en nuestra red. Cualquier beneficio complementario ofrecido no está cubierto por el programa Original Medicare, sino como beneficios adicionales bajo este plan.
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, como tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	No cubiertos en ninguna situación
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	No cubiertos en ninguna situación
Atención dental que no sea de rutina	Se puede cubrir la atención dental requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos. Este plan cubre beneficios dentales complementarios. Pueden aplicarse limitaciones. Consulte Servicios dentales en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Los zapatos que forman parte de un dispositivo ortopédico para las piernas y están incluidos en el costo de las férulas, zapatos ortopédicos o

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
	terapéuticos, son para personas con enfermedad del pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor.	No cubiertos en ninguna situación
Habitación privada en el hospital.	Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	No cubiertos en ninguna situación
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.	Un par de anteojos con marcos estándar (o un juego de lentes de contacto) cubiertos después de cada cirugía de cataratas que implante un lente intraocular. Este 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 del Capítulo 4. Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare.
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.	Medicare no cubre la mayor parte de la atención dental, procedimientos dentales o suministros, como limpiezas, empastes, extracciones dentales, dentaduras postizas, placas dentales u otros dispositivos dentales. Este plan cubre la atención dental de rutina como un beneficio complementario. Cualquier beneficio complementario ofrecido no está cubierto por el programa Original Medicare, sino como

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
	beneficios adicionales bajo este plan. Para hacer uso de este beneficio debe utilizar un proveedor que participe en nuestra red de proveedores de servicios dentales de rutina.
Cuidado de rutina de los pies	Se brinda cierta cobertura limitada según las pautas de Medicare, por ejemplo, si padece diabetes. Medicare cubre los servicios del podólogo para el tratamiento médicamente necesario de lesiones o enfermedades de los pies (como dedos en martillo, deformidades de juanetes, espolones calcáneos), pero generalmente no cubre el cuidado de rutina de los pies (como el corte o eliminación de callos y durezas, el corte y recorte de uñas, pie plano o mantenimiento higiénico u otro mantenimiento preventivo, incluida la limpieza y remojo de los pies). Este plan cubre el cuidado adicional de rutina de los pies como un beneficio complementario. Para utilizar este beneficio debe utilizar un proveedor que participe en nuestra red de proveedores de podiatría de rutina.
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos.	Medicare no cubre exámenes auditivos de rutina, audífonos ni exámenes para adaptar audífonos. Este plan cubre la atención de la audición de rutina como un beneficio complementario. Además, los audífonos del beneficio complementario están limitados a la lista de dispositivos cubiertos y los dispositivos personalizados o alternativos no están cubiertos. Cualquier beneficio complementario ofrecido no está cubierto por el programa Original Medicare, sino como beneficios adicionales bajo este plan. Para hacer uso de este beneficio debe utilizar un proveedor que participe en nuestra red de proveedores de servicios de audición de rutina.

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare	No cubiertos en ninguna situación

CAPÍTULO 5:

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

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de nuestro plan de los medicamentos de la Parte D

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

Generalmente, nuestro 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 a dar recetas no debe estar 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 o puede obtener sus medicamentos con receta a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan).
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Su medicamento podría requerir la aprobación de nuestro plan con base en determinados criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información).

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red de nuestro plan. (Consulte la Sección 2.4 para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red).

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

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encuentre una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, vaya a su *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web (www.healthsun.com), y/o comuníquese con Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Algunas farmacias de la red ofrecen un costo compartido preferido, que puede ser más bajo que el costo compartido de una farmacia que ofrece costos compartidos 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 costos que paga de su bolsillo podrían ser distintos para diferentes medicamentos, comuníquese con nosotros.

Si su farmacia deja de formar parte de la red

Si la farmacia que usted utiliza deja de formar parte de la red de nuestro plan, tendrá que buscar una nueva farmacia dentro de la red. Si la farmacia que usa permanece en nuestra red, pero ya no ofrece un costo compartido preferido, es recomendable que cambie a una nueva farmacia preferida o de la red, si hay alguna disponible. Para encontrar otra farmacia en su área, obtenga ayuda de Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) o use el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.healthsun.com.

Farmacias especializadas

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar. Nuestro plan cubrirá el tratamiento de infusión en el hogar si:
    - Su medicamento con receta está en el formulario de nuestro plan, o se ha otorgado una excepción al formulario para su medicamento con receta.

- Su medicamento con receta no está cubierto de otra manera por el beneficio médico de nuestro plan.
- Nuestro plan ha aprobado su receta para el tratamiento de infusión en el hogar.
- Su receta está escrita por una persona autorizada a dar recetas.

Si necesita ayuda para buscar un proveedor de farmacia para tratamientos de infusión en el hogar en su área, llame a Servicios para los miembros al número que figura en su tarjeta de miembro o visite nuestro sitio web para acceder a nuestro directorio en línea. Si desea recibir por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*, puede llamar a Servicios para los miembros o solicitarlo en nuestro sitio web.

- 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 centro de cuidados) 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 al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500). Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si su farmacia de atención a largo plazo es parte de nuestra red.
- Farmacias que brinden 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. Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar una farmacia que brinde servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (I/T/U) en su área. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para los miembros.
- 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 manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* en www.healthsun.com o llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500).

Sección 2.2 Servicio de pedido por correo de nuestro plan

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

El servicio de pedido por correo del plan le permite solicitar ***al menos*** **un suministro del medicamento para *30* días y para *no más* de *90* o *100* días.**

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo llame a nuestros servicios de farmacia de perdidos por correo al 1-833-272-9776 (TTY 711) disponible 24 horas al día, los 7 días de la semana.

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo se le enviará en 14 días como máximo. Si por alguna razón el envío de su pedido por correo se demora, llame a nuestros servicios de farmacia de pedido por correo al 1-833-272-9776 (TTY 711) disponible 24 horas al día, los 7 días de la semana. También puede comunicarse con Servicios para los miembros de HealthSun (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto).

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.
La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas 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 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 que no desea automáticamente por correo 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 comuníquese llamando al 1-833-272-9776 (TTY 1-833-203- 1735) disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si usted nunca utilizó nuestro servicio de entrega de pedidos por correo y/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 detener.

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, comenzamos 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 usted necesite más medicamento, y usted puede cancelar los resurtidos programados 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 medicamento con receta, póngase en contacto con su farmacia 30 días antes de que su medicamento con 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 1-833-272-9776 (TTY 711) disponible 24 horas al día, los 7 días de la semana.

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

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. Nuestro plan ofrece 2 maneras de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que usted toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de proveedores y farmacias* en www.healthsun.com se detallan las farmacias de la red que proporcionan un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Para obtener más información, también puede llamar a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500).
2. Usted también puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.2 para obtener más información.

Sección 2.4 Uso de una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. También contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, donde puede obtener sus medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Primero consulte con Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500)** para ver si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en estas circunstancias:

- Está de viaje dentro de los Estados Unidos y sus territorios y se enferma, o pierde o se le terminan sus medicamentos con receta.
- El medicamento con receta es para una emergencia médica o atención de urgencia.

- No puede obtener a tiempo un medicamento cubierto dentro de nuestra área de servicio porque no hay disponible una farmacia de la red que preste servicio las 24 horas del día a 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 a la que se pueda acceder (por ejemplo, un medicamento huérfano u otra especialidad farmacéutica).

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

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en nuestra Lista de medicamentos del plan

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

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (Formulario). En esta *Evidencia de Cobertura*, **la denominamos la Lista de medicamentos.**

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

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

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para el diagnóstico o afección para la que fue recetado, o
- Avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta vendido con una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más

complejos que los medicamentos habituales. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico original y, generalmente, cuestan menos. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de la ley estatal, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

En el Capítulo 12, encontrará definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar incluidos en la Lista de medicamentos.

Medicamentos que no están en nuestra Lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la Sección 7).
- En otros casos, decidimos 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 que figuran en la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentran en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel, 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 no preferidos También puede incluir algunos medicamentos genéricos no preferidos que tienen un precio similar al del medicamento de marca original.
- **Nivel 5**: medicamentos especializados.
- **Nivel 6**: Medicamentos complementarios (medicamentos excluidos solamente).

Cada medicamento se asigna a un “nivel” específico dentro del formulario. Por lo general, los medicamentos más económicos están en el Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos) y luego en el Nivel 2 (Medicamentos genéricos). Los medicamentos en el Nivel 5 (Nivel de medicamentos especializados) son los menos económicos y tienen un costo compartido más alto. Los formularios por niveles instan a los miembros a ser más conscientes en lo que respecta a los costos cuando eligen los medicamentos.

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

En el Capítulo 6 se incluye el monto que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

Sección 3.3 Cómo averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos

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

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por vía electrónica.
- Visite el sitio web de nuestro plan (www.healthsun.com). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) para averiguar si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.
- Utilice nuestra “Real Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) (www.healthsun.com) para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para obtener un estimado de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500). Dentro de su cuenta segura en línea en www.healthsun.com, seleccione Medicamentos con receta - Estimar el precio de un medicamento (Prescriptions – Price a Medication) y escriba el nombre del medicamento en el campo de búsqueda.

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

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

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

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

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

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) para averiguar qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. **Si desea pedirnos que no apliquemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para pedirnos una excepción.** Podemos estar o no de acuerdo en no aplicar la restricción para usted. (Consulte el Capítulo 9).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener la autorización de nuestro plan a partir de criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto se denomina **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, su medicamento podría no estar cubierto por nuestro plan. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) o en nuestro sitio web www.healthsun.com.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que nuestro plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, nuestro plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, entonces nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **tratamiento escalonado.** Los criterios de tratamiento escalonado de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) o en nuestro sitio web www.healthsun.com.

Límites de cantidad

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

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera

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

- El medicamento podría 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.
- 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.

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 5.1 para obtener información sobre lo que puede hacer.

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

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

Puede obtener un suministro temporal

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

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos del plan O BIEN, ahora tiene algún tipo de restricción**.

- **Si usted es un miembro nuevo,** nosotros cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros ***90 días*** de su membresía en nuestro plan.

- **Si estuvo en nuestro plan el año anterior**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros ***90 días*** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos que realice surtidos múltiples hasta un máximo de 30 días de medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse 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 desperdicio).
- **Para los miembros 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 de un medicamento en particular para 34 días, o menos si su receta es para menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionado.

Si tiene preguntas acerca de un suministro temporal, llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500).

En el período durante el cual use el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tiene 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para ver si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) y pida una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

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

Si usted o su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4 para saber qué tiene que hacer. También le explica los procedimientos y los plazos que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se administre en forma inmediata y justa.

Sección 5.1 Qué 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, hable con su proveedor. Podría haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) y pida una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro 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 o su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le explica lo que tiene que hacer. También le explica los procedimientos y los plazos que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se trate en forma inmediata y justa.

Los medicamentos en nuestro **Nivel 5** - medicamentos especializados no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

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

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

- **Añadir o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos**
- **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 una versión genérica del medicamento**

- **Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico**

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

Información sobre cambios en la cobertura para medicamentos

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

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

- **Agregar medicamentos nuevos a la Lista de medicamentos e inmediatamente eliminar o hacer cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
    - Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel diferente de costo compartido, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas restricciones o menos.
    - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de marca o ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
    - Podemos realizar estos cambios inmediatamente y decírselo más adelante, incluso si está tomando el medicamento que estamos quitando o sobre el que estamos realizando cambios. Si está tomando el medicamento similar en el momento en el que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hagamos.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o hacer cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos con anticipación.**
    - Cuando agreguemos otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas restricciones o menos.
    - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
    - Le comunicaremos al menos 30 días antes de que realicemos el cambio o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un resurtido para 30 días de la versión del medicamento que toma.

- **Eliminar medicamentos no seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
    - A veces, un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto ocurre, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si toma ese medicamento, le informaremos después de que realicemos el cambio.
- **Hacer otros cambios sobre medicamentos de la Lista de medicamentos.**
    - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, nos basamos en el recuadro de advertencias de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
    - Le comunicaremos al menos 30 días antes de que realicemos estos cambios o bien le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional para 30 días del medicamento que está tomando.

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

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

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

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

- Pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- 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 está tomando (excepto por un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni la parte que le corresponde pagar del costo hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible

durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos tipos de medicamentos con receta están excluidos. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo (excepto en el caso de 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 3 normas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubren en la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso para una *indicación no autorizada* cuando el uso no está avalado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX en Micromedex. El 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 (Food and Drug Administration, FDA).

Además, por ley, las siguientes 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 fluoruro
- 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 para los cuales el fabricante exige 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 para 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 con receta, como el ácido fólico y la vitamina D 50,000 UI, se aplican ciertas restricciones de cantidad. Algunos medicamentos para la disfunción eréctil. Sildenafil (genérico de Viagra) o Tadalafil (genérico de Cialis). Se aplican ciertas restricciones de cantidad. Consulte la Lista de medicamentos de su plan para obtener información sobre todos los medicamentos cubiertos por este beneficio.

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

Si usted **recibe "Ayuda Extra" ("Extra Help") de Medicare** para pagar sus medicamentos con receta, "Ayuda Extra" ("Extra Help") no pagará los medicamentos que por lo general no cubre. (Consulte nuestra Lista de medicamentos o llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) para obtener más información). Si usted 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 determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo surtir un medicamento

Para obtener su medicamento con receta, proporcione la información de miembro de nuestro 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 a nuestro plan por *nuestra* parte del costo de su medicamento. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte que le corresponde del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

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

Si la farmacia no puede recibir 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 el Capítulo 7, Sección 2 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 En un hospital o centro de atención de enfermería especializada para estadía cubierta por nuestro plan

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

Sección 9.2 Como residente en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC)

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de LTC, 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 su *Directorio de proveedores y farmacias* en www.healthsun.com para averiguar si la farmacia del centro de LTC o la que utiliza el centro forma parte de nuestra red. Si no es así, o si usted necesita más información, llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500). Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Si es residente de un centro de LTC y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene algún tipo de restricción, consulte la Sección 5.1 para recibir información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados

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

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

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

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

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

Guarde cualquier aviso sobre la cobertura acreditable porque puede necesitar estos avisos más adelante para demostrar que mantuvo una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios de su plan de jubilados o empleador o al empleador o sindicato.

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

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., un medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por el hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones 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

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para asegurar que nuestros miembros 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 podrían no ser necesarios porque está tomando otro medicamento similar para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosificación) de un medicamento que toma
- 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 10.1 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 los miembros usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este programa se denomina Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes personas autorizadas a dar recetas o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus personas autorizadas a dar recetas para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con quienes están autorizados a darle las recetas, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides o benzodiazepina con receta podría no ser seguro, podríamos 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.
- Requerir que usted obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta a través de una persona autorizada a dar recetas específica
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted

Si planeamos limitar cómo obtiene estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta, le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para

usted o si se le pedirá que obtenga los medicamentos con receta solo de una persona autorizada a dar recetas o farmacia específicas. Tendrá la oportunidad de informarnos qué personas autorizadas para darle recetas 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 su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la 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 comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud sobre las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente le enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

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

Sección 10.2 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 Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros para ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

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

Es una buena idea hablar con su médico sobre los pasos a seguir recomendados y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus

médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También tenga su lista de medicamentos actualizada y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación. Si tiene preguntas acerca de este programa, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500).

CAPÍTULO 6:

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

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

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta** *Evidencia de Cobertura* **sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse no se aplica en 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, llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

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

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas normas. Cuando usted utiliza la "Real-Time Benefit Tool" (Herramienta de beneficios en tiempo real) para buscar la cobertura de un medicamento (www.healthsun.com), el costo que observa muestra un estimado de los costos que paga de su bolsillo que se espera que usted pague. También puede obtener información proporcionada por la "Herramienta de beneficios en tiempo real" llamando a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500).

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

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

- **Deducible** es el monto que paga 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 1.2 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que no cuenta como costos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para realizar un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo.

Estos pagos <u>se incluyen</u> en los costos que paga de su bolsillo

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

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de los medicamentos:
  - La Etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que haya efectuado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan
- Cualquier pago por sus medicamentos que hayan hecho familiares o amigos
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por “Ayuda Extra” (“Extra Help”) de Medicare, planes de parte del empleador o del sindicado, Servicio de Salud para la Población India Estadounidense, programas de asistencia con medicamentos para VIH, y la mayoría de las organizaciones benéficas

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya gastado un total de $2,100 en costos que paga de su bolsillo en el año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos <u>no se incluyen</u> en los costos que paga de su bolsillo

Los costos de su 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 de nuestro plan para la cobertura fuera de la red
- Medicamentos con receta y vacunas cubiertos por la Parte A o la Parte B
- Pagos que usted realiza por medicamentos cubiertos en nuestra cobertura adicional, pero que un plan de medicamentos de Medicare normalmente no cubre
- Pagos que usted realiza por medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare
- Pagos por sus medicamentos realizados por determinados planes de seguros y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud de Veteranos (Veterans Health Administration, VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral)
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos conforme al Programa de descuentos del fabricante

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500).

Registro de los costos que usted paga de su bolsillo

- La *Explicación de beneficios de la Parte* D (Explanation of Benefits, EOB) que usted recibe incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando este monto alcance los $2,100, la *EOB de la Parte D* le indicará que deja la Etapa de cobertura inicial y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Consulte la Sección 3.1 para saber qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que gastó estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de los medicamentos para los miembros de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

Hay **3 etapas de pago de los medicamentos** para su cobertura para medicamentos a través de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO). La cantidad que paga por un medicamento depende de la etapa en la que se encuentre cuando obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son las siguientes:

- **Etapa 1: Etapa del deducible anual**
- **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapa 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

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

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

- **Costos que paga de su bolsillo:** esto corresponde a cuánto pagó usted. Esto incluye lo que usted pagó al recibir un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por su familia o amigos y cualquier pago realizado por sus medicamentos por “Ayuda Extra” (“Extra Help”) de Medicare, los planes de salud de empleadores o sindicatos, el Servicio de Salud para la Población India Estadounidense, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los programas estatales de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- **Total de costos de los medicamentos:** esto corresponde al total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Aquí se incluye lo que nuestro plan pagó, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si surtió una o más recetas a través de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona detalles de pago sobre medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el costo total de los medicamentos, lo que pagó nuestro plan, lo que pagó usted y lo que otros pagaron en su nombre.

- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales realizados por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Muestra el precio total del medicamento e información sobre cambios en el precio desde el primer resurtido para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto incluye información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles para cada reclamación de medicamento con receta, si corresponde.

Sección 3.1 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. Aquí se indica cómo ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta**. Esto ayuda a que sepamos acerca de los medicamentos con receta que obtiene y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. En ocasiones, es posible que usted 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 costos que usted paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que usted paga de su bolsillo, bríndenos copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debe darnos copias de los recibos de sus medicamentos:**
    - Cuando usted compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o use una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando pague un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
    - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o 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, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros realicen por usted.** Los pagos realizados por ciertas otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, 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 las organizaciones benéficas se tienen en cuenta para los costos que paga de

su bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

- **Revise el informe por escrito que le enviamos.** Cuando reciba la 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 falta algo o tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500). Asegúrese de guardar estos informes.

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

No hay un deducible para HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO). Usted comienza 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 La Etapa de cobertura inicial

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

Nuestro plan tiene seis niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos de nuestro 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 no pagará más de $5.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- **Nivel 4** : medicamentos no preferidos También puede incluir algunos medicamentos genéricos no preferidos que tienen un precio similar al del medicamento de marca original.
- **Nivel 5** : medicamentos especializados.
- **Nivel 6** : Medicamentos complementarios (medicamentos excluidos solamente).

Cada medicamento se asigna a un "nivel" específico dentro del formulario. Por lo general, los medicamentos más económicos están en el Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos) y luego en el Nivel 2 (Medicamentos genéricos). Los medicamentos en el Nivel 5 (Nivel de medicamentos especializados) son los menos económicos y tienen un costo compartido más alto.
Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos nuestro plan.

Sus opciones de farmacias

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según el lugar donde obtenga el medicamento:

- 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 obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para averiguar cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedido por correo de nuestro plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan en* www.healthsun.com.

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

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

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.

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar dentro de la red (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido minorista preferido dentro de la red[2] (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC) (suministro para hasta 34 días)	Out-of-Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). (suministro para hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	$0.00	$0.00	$0.00	$0.00	$0.00
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)	$5.00	$5.00	$5.00	$5.00	$5.00
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos no preferidos)	$55.00	$50.00	$50.00	$55.00	$55.00
Nivel 5 de costo compartido	33%	33%	33%	33%	33%

Nivel	Costo compartido minorista estándar dentro de la red (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido minorista preferido dentro de la red[2] (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC) (suministro para hasta 34 días)	Out-of-Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). (suministro para hasta 30 días)
(medicamentos especializados)					
Nivel 6 de costo compartido (medicamentos complementarios)	$0.00	$0.00	$0.00	$0.00	$0.00

Si su copago es superior a $0.00, el monto que paga dependerá de si usted 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” (“Extra Help”), consulte el Capítulo 2, Sección 7.

[2] Estas farmacias selectas están indicadas con un asterisco en su *Directorio de proveedores y farmacias.*

Usted no pagará más de $5.00 para el Nivel 3 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto.

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D.

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, usted o su médico prefieran que usted reciba un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento).

También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le entregue, un suministro para menos de un mes completo, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido.

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

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

Sección 5.4 Sus costos por un suministro de un medicamento *a largo plazo* (para hasta 90 o 100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

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

Sus costos por un suministro *a largo plazo (para hasta 90 o 100 días)* de un medicamento 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) (suministro para hasta 100 días)	$0.00	$0.00	$0.00
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos) (suministro para hasta 90 días)	$0.00	$0.00	$0.00

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 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferida)	No hay un suministro a largo plazo disponible para medicamentos de Nivel 3.		
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos no preferidos)	No hay un suministro a largo plazo disponible para medicamentos de Nivel 4.		
Nivel 5 de costo compartido (Nivel de medicamentos especializados)	No hay un suministro a largo plazo disponible para medicamentos de Nivel 5.		
Nivel 6 de costo compartido (medicamentos complementarios)	No hay un suministro a largo plazo disponible para medicamentos de Nivel 6.		

Si su copago es superior a $0.00, el monto que paga dependerá de si usted 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” (“Extra Help”), consulte el Capítulo 2, Sección 7.

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

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que lo que paga de su bolsillo en los costos totales anuales que paga de su bolsillo alcancen los $2,100

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo totales alcancen los $2,100. Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

La *EOB de la Parte D* que recibió lo ayudará a llevar un registro de lo que usted, nuestro plan y cualquier otro tercero han gastado en medicamentos en usted durante el año. No todos los miembros llegarán al límite de $2,100 que pagan de su bolsillo en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información acerca de cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

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

- Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

SECCIÓN 7 Información de beneficios adicionales

También ofrecemos cobertura para medicamentos mejorada para algunos medicamentos con receta que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. Estos medicamentos están cubiertos en el Nivel 6: medicamentos complementarios (solo medicamentos excluidos). Algunos medicamentos utilizados para el alivio de los síntomas de la tos y el resfriado, se aplican ciertas restricciones de cantidad. Algunas vitaminas con receta, como el ácido fólico y la vitamina D 50,000 UI, se aplican ciertas restricciones de cantidad. Algunos medicamentos para la disfunción eréctil, como sildenafil (medicamento genérico de Viagra) o tadalafil (genérico de Cialis), limitado a 6 comprimidos por mes. Usted paga $0 por el Nivel 6: Medicamentos complementarios durante todas las etapas del medicamento. Se aplican ciertas restricciones de cantidad. Consulte la Lista de medicamentos de su plan para obtener información sobre todos los medicamentos cubiertos por este beneficio.

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que le corresponde pagar por las vacunas - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo para usted. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o comuníquese con Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) para obtener detalles de cobertura y costo compartido sobre vacunas específicas.

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

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

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de 3 factores:

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

Lo que 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 del medicamento** en la que se encuentre.

- Cuando obtenga la vacuna, puede pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces cuando recibe una vacuna, tendrá que pagar solo la parte que le corresponde del costo de acuerdo con el beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.

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

Situación 1: A usted se le administra la 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 ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted 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: Usted recibe la administración de la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando obtenga la vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que 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 el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que usted pagó menos cualquier coseguro o copago por la vacuna (incluida la administración), 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 sí en la farmacia de la red y luego la lleva al consultorio de su médico, donde le administran la vacuna.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted le pagará a la farmacia el coseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que 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 el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que usted pagó menos cualquier coseguro o copago por la administración de la vacuna, 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).

Nota: Cuando usted compra la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico (consulte la Situación 2 arriba), usted **no** tiene que pagar el costo total y la administración de la vacuna. Usted tiene la opción de que su proveedor facture directamente al fabricante el costo de la vacuna y su administración. Hable con su proveedor acerca de estas opciones de pago antes de que el servicio se proporcione para elegir la mejor opción para usted.

CAPÍTULO 7:

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde 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. Otras veces, se dará cuenta de que paga más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura de nuestro plan o es posible que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (le reembolse). 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 nuestro plan. Puede haber 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 por un monto más alto que la parte que le corresponde del costo compartido. Primero, intente resolver el tema de la factura con el proveedor. Si esto no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. 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, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que los costos compartidos permitidos por el plan. Si se contrata a este proveedor, todavía tiene derecho al tratamiento.

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

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

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

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente a nuestro plan y pedirle solo la parte que le corresponde a usted 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 por separado, lo que se denomina **facturación del saldo**. Esta protección (que usted nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según nuestro plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

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

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 2.4 para obtener más información sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

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

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

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

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

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque determina que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

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

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

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

Puede pedirnos que le reembolsemos enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea realizar una copia de la factura y los recibos para incluir en sus registros. **Debe enviarnos su reclamación en un plazo de un año** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

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

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos ayudará a 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 al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) para solicitarlo.

Envíenos por correo su solicitud de pago **por servicios médicos**, junto con cualquier factura o recibo pagado a esta dirección:

HealthSun Health Plans
11430 NW 20th Street, Suite 300
Miami, FL 33172

Envíe por correo su solicitud de pago **por 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 por correo electrónico RxPaperClaim_AnthemMEDD@CVSHealth.com

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

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 se cubre la atención médica o el medicamento y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos la parte que nos corresponde del costo. La parte que nos corresponde del costo podría no ser el monto total que usted pagó (por ejemplo, si usted obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que usted pagó por un medicamento es más alto que nuestro precio negociado). Si ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago 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 se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le 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, vaya al Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

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

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

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento está disponible en forma gratuita en español. Si lo necesita, también podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos sin costo alguno. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros al *1-877-336-2069* (los usuarios de TTY deben llamar al *1-877-206-0500*).

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 la mujer.

Si los proveedores de la red de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad de nuestro plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención médica necesaria. En este caso, solo usted pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde 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 la salud de la mujer o encontrar a 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, Grievance & Appeals; 11430 NW 20th Street, Suite 300, Miami, FL 33172. 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 de nuestro plan que preste y organice los servicios cubiertos.

También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de obtener una remisión.

Tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red de nuestro plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención médica. 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 razonable, el Capítulo 9 le indica lo que puede hacer.

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus 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.
    - 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 Practice* (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 situaciones 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 por usted, 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 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; en general, se exige 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 por nuestro 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 al *1-877-336-2069* (los usuarios de TTY deben llamar al *1-877-206-0500*).

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca de nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

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

Si desea obtener el tipo de información que se detalla a continuación, llame a Servicios para los miembros al *1-877-336-2069* (los usuarios de TTY deben llamar al *1-877-206-0500*):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro 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 brindan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 brindan información sobre la cobertura para medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por los que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 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 tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

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

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

Usted también tiene derecho a participar plenamente en la toma de 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 sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **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 propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no".** Tiene el 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. 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 no puede 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:

- Completar 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 usted no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación en estos casos se denominan **instrucciones anticipadas.** Los documentos como el **testamento vital** y **el poder de representación para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Cómo establecer una instrucción anticipada para dar instrucciones:

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

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

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

Completar una instrucción anticipada es su elección (incluso si desea firmarla si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo si firmó o no las instrucciones anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firma instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no siguieron las instrucciones que allí se mencionan, puede presentar una queja ante Florida Health Care Advance Directives.

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

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. 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 Si considera que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no se están respetando

Si considera que no se lo 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 o nacionalidad, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si considera que no se lo 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 de las siguientes maneras:

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-963-5337
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos sitios:

- **Llame a Servicios para los miembros de nuestro plan al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-963-5337
- **Comuníquese con Medicare**
  - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Medicare Rights & Protections (Derechos y protecciones de Medicare)* (disponible en: www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf)
  - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

Lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan se enumera más abajo. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros al *1-877-336-2069* (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use su *Evidencia de Cobertura* para obtener información sobre lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 dan detalles sobre sus servicios médicos.
  - Los Capítulos 5 y 6 dan detalles sobre la cobertura para medicamentos de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, usted tiene otra cobertura de salud u otra cobertura para medicamentos, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígale al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.**
  Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
  - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
  - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que comprenda.
- **Sea considerado.** Esperamos que 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 seguir pagando una prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar la parte que le corresponde del costo al recibir el servicio o medicamento.
  - Si se le exige pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos.
  - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D en razón de su ingreso anual, debe seguir pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.

- **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, comuníqueselo al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).**

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

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

- Para algunos problemas, 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 cuentan con la aprobación de Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La información en este capítulo le ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y qué debe hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para simplificar las cosas, este capítulo usa palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales.

No obstante, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarlo a saber qué términos emplear para obtener la ayuda o información adecuadas para usted, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe llamar a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) 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. Dos organizaciones que pueden ayudarlo son:

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 ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo 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.

- Llame 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
- Consulte www.Medicare.gov

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

¿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 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 4, Una guía de las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Vaya a la **Sección 10, 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 las decisiones de cobertura y las apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general, nos referimos a artículos y servicios médicos, medicamentos de la

Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para asuntos como determinar si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

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

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

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

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que se reciba un beneficio y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada 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 completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

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

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

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

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

Sección 4.1 Obtenga ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

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

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500)**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, debe ser nombrado como su representante. Llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) y solicite el formulario de *Nombramiento de representante (Appointment of Representative)*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).
    - En el caso de la atención médica o de los medicamentos de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
    - En el caso de los medicamentos de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Usted puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.

- Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) y solicite el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darnos una copia del formulario firmado.
- Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. 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 4.2 Normas y plazos para situaciones diferentes

Existen 4 situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes normas y plazos, y damos los detalles de cada una de estas situaciones:

- **Sección 5:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización para paciente internado más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto
- **Sección 8:** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto (*Se aplica solo a estos servicios*: atención médica 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 se aplica en su caso, llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500). También puede obtener ayuda o información del Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).

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

Sección 5.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si quiere que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de su atención

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4 en la Tabla de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos 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 5 situaciones siguientes:

1. Usted no está recibiendo la atención médica que quiere y cree que está cubierta por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no autorizará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted considera que nuestro plan cubre esa atención. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Usted recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le comunicamos que no pagaremos dicha atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó atención médica y considera que nuestro plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de esta atención. **Enviarnos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinada atención médica que ha estado recibiendo y que habíamos aprobado anteriormente se reducirá o interrumpirá, y usted considera que esto podría perjudicar su salud. **Presentar 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), consulte las Secciones 7 y 8. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

Una decisión de cobertura que incluye su atención médica se denomina **determinación de la organización.**

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

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

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

- *Solo puede solicitar* cobertura para artículos y/o servicios médicos (no solicitudes de pago de artículos y/o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de recurrir a los plazos estándar podría afectarlo de forma grave o perjudicar la recuperación de su capacidad física.

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 una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

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

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

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su 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 usamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de recibida su solicitud de un artículo o servicio médico que esté sujeto a las normas de autorización previa. Si solicitó un artículo o servicio médico que no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud.

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

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

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 de la Parte B, responderemos en un plazo de 24 horas.

- **No obstante,** si usted solicita más tiempo o si nosotros necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si usted está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si usted considera que *no deberíamos* tomar días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 10 para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si 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.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, 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

atención médica que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada.**

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

Generalmente, una apelación estándar se realiza en un plazo de 30 días calendario o de 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, una apelación rápida se realiza en un plazo de 72 horas.

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

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

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y usted 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 sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar información adicional para sustentar su apelación.**

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

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

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

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su apelación. Si está solicitando un medicamento de la Parte B que todavía no recibió, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su salud así lo exige.
    - Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
    - Si usted considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

- Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en la que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si está solicitando un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 El Nivel 2 del proceso de apelación

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**. 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 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.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información acerca de su apelación.

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

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de que reciba su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días**

calendario adicionales. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si usted está solicitando un medicamento de la Parte B.

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

- En el caso de la apelación estándar, si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** después de que reciba su apelación. Si está solicitando un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe comunicarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de que reciba su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si usted está solicitando un medicamento de la Parte B.

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

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

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

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

- Le explica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador. La Sección 9 explica los Niveles 3, 4 y 5 de los procesos de apelaciones.

Sección 5.5 Si nos está pidiendo que le reembolsemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por atención médica

En el Capítulo 7 se describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación 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, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura y usted siguió las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo normalmente en un plazo de 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos 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 de la Sección 5.3. En el caso de apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya recibió y pagó, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que pidió a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

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

Sección 6.1 Lo que debe 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 una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos consulte los Capítulos Capítulo 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 usamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o Formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que usted obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir tal como está escrita, la farmacia le entregará un aviso escrito explicándole 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 con respecto a sus beneficios y la cobertura o en relación con el monto que pagaremos por los medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las situaciones siguientes:

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, criterios para autorizaciones previas o el requisito de probar primero con otro medicamento). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Cómo solicitar pagar un monto de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar un medicamento con receta que ya ha comprado. **Pedirnos un reembolso. Sección 6.4**

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

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

Sección 6.2 Cómo solicitar una excepción

Términos legales:

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es una **excepción al Formulario.**

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento es una **excepción al Formulario.**

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto es 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 consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son 3 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 que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que corresponde a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no le aplicamos una restricción a usted, puede solicitar una excepción al monto del costo compartido que usted debe pagar 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 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 tiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica 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 a los medicamentos alternativos.
        - No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento en el **Nivel 5** - medicamentos especializados.
    - 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 paga 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 afección 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 de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido más bajo no funcionen igual para usted o sea probable que provoquen una reacción adversa u otro 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. Será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 6.4 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 en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápidas** se toman en un plazo de **24 horas** después de que recibamos la declaración de su médico.

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

- Debe estar solicitando 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 usted ya compró).
- El hecho de usar los plazos estándares podría afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física.
- **Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos indica 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 respaldo de su médico ni de 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 que:
  - Explique que usaremos los plazos estándar.
  - Explique que si su médico u otra persona autorizada a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.

- Le indique 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 usted solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas a partir de su recepción.

Paso 2: Solicite 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 usted desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el *Formulario de Solicitud de determinación de cobertura modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)* o en nuestro formulario del plan, los cuales están disponibles en nuestro sitio web www.healthsun.com. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que muestra la reclamación denegada que se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 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 corresponde a las razones médicas para la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración 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 una respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de que recibamos su solicitud.
  - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de que recibamos 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 aceptamos en un plazo de 24 horas después de que recibamos 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. Además, le diremos cómo puede apelar.

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

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.
    - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos 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 aceptamos **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos 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. Además, le diremos cómo puede apelar.

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** después de que recibamos 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 una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de que recibimos 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. Además, le diremos cómo puede apelar.

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 para medicamentos que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **redeterminación.**

Una apelación rápida se denomina **redeterminación acelerada.**

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

Generalmente, una apelación estándar se realiza en un plazo de 7 días calendario. Generalmente, una apelación rápida se realiza en un plazo de 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 u otra persona autorizada a dar recetas deben contactarse con nosotros y presentar una 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 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 información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el *Formulario de Solicitud de redeterminación modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)*, que está disponible en nuestro sitio web www.healthsun.com. Incluya su nombre, la 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 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y usted 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 apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar información adicional para sustentar su apelación.

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

- Cuando revisamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico u otra 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 la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos en un plazo de 72 horas después de que recibamos 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 recibida su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura tan rápido como lo exija 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 sobre el pago de 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 una parte o 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. Además, le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el proceso 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 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 le llama **Entidad de revisión independiente (Independent Review Entity, IRE).**

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

Paso 1: Usted (o su representante, 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 independiente.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito.
- 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 solicitud a la Entidad de revisión independiente (Independent Review Entity, IRE).

- Le enviaremos a esta organización de revisión independiente la información 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 toda 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 acepta darle una apelación rápida, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 7 días calendario** después que reciba su apelación si es por un medicamento que no recibió. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de que reciba su solicitud.

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

En el caso de las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de la organización de revisión independiente.

En el caso de las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos la decisión de parte de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión de parte de dicha organización de revisión independiente.

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

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

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

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

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación).
- Si desea 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 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización para paciente internado más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para el diagnóstico y el 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 del alta. 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 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 2 días calendario de su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *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 o un enfermero), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) o a1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Dice lo siguiente:
    - 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 esos 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 de darlo de alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso de su fecha del alta para que cubramos su atención hospitalaria por 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 demuestra *solo* que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no le informa 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 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 2 días calendario 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, llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede consultar el aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

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

Para solicitarnos que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados por un período de tiempo más prolongado, use el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla con los plazos**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500). O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para recibir asistencia personalizada. Puede llamarnos a Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) al 1-800-963-5337. La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted. La **Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO)** 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 (Quality Improvement Organization, QIO) *antes* de irse del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta.**
    - **Si usted cumple con este plazo**, puede 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.

- **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros.** Si 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.

- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después de que se nos contacte, le daremos un **Aviso detallado del 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 reciba el alta en esa fecha.
- Para obtener una muestra del **Aviso detallado del alta**, puede llamar a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien, puede obtener una muestra del aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

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

- Los profesionales de la salud 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 les dimos nosotros y el hospital.
- 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 prevista del alta. 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 independiente *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 independiente *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 independiente *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior 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 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 de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de la hospitalización después de la fecha prevista del alta.

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 **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 la atención.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Si la organización de revisión independiente 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 necesaria.**

- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión independiente la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, usted tiene que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo 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 considera que su cobertura está terminando demasiado pronto

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos)** que estén cubiertos, 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 estos 3 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 8.1 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Término legal:

Aviso de no cobertura de Medicare. Le dice 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 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso dice lo siguiente:
   - La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una apelación rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
2. **Se le pedirá que usted**, **o alguien que actúa en su nombre, firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* indica que recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan para suspender la atención.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500). O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para recibir asistencia personalizada. Puede llamarnos a Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) al 1-800-963-5337. La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada. La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos 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 las

revisiones de las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una *apelación rápida*. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare (Notice of Medicare Non-Coverage, NOMNC)*) se 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:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigencia** que aparece en el *Aviso de no cobertura de Medicare.*
- Si se vence el plazo y quiere apelar, aún tiene derecho a hacerlo. Comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad a través de la información de contacto que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare (Notice of Medicare Non-Coverage, NOMNC)*. El nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado puede encontrarse en el Capítulo 2.

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

Término legal:

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que les dé nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos habrán comunicado sobre su apelación y usted recibirá de nuestra parte la *Explicación detallada de no cobertura,* donde se explican detalladamente las razones por las cuales finalizamos la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, 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). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan?

- Si los revisores *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide continuar 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 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 de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura de la atención, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a 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 **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 siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió 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 independiente la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán detalles para continuar al siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de 5 niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador. La Sección 9 explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los Nivel 3, 4, y 5

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4, y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros 2 niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez 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, debemos autorizar o proporcionarle 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 el 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 presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros 2 niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez 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 el mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, a los 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **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 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, 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, a los 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **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 final. No hay más niveles de apelación tras el 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. Esto incluye los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Aquí encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?

Queja	Ejemplo
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con nuestro Servicios para los miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿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? ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo *oportuno* de nuestras medidas relacionadas con las apelaciones y decisiones de cobertura)	Si nos pidió una decisión de cobertura o presentó una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Ha pedido que tomemos *una decisión de cobertura rápida* o que respondamos una *apelación rápida*, y lo hemos rechazado; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja.

Queja	Ejemplo
	• Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos artículos médicos o servicios o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se denomina **reclamo.**

Presentar una queja se denomina **interponer un reclamo.**

Usar el proceso para quejas se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo.**

Una **queja rápida** se denomina **reclamo acelerado.**

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Llamar a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) suele ser el primer paso.** 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.
    - **Al presentar una queja, ya sea verbalmente o por escrito, proporcione su nombre, dirección, número de teléfono, número de identificación de miembro, fecha del incidente o de la comunicación con el plan, y un resumen de la queja. También puede proporcionar los nombres de los representantes del plan con los que ya se haya comunicado y una descripción de las acciones que solicita. Si envía una queja por escrito, la carta debe estar firmada y fechada por usted o su representante autorizado.** Usted tiene derecho a una apelación de Nivel 1 si no le proporcionamos a usted y a su médico o persona autorizada a dar recetas involucrada, según corresponda, un aviso oportuno de una decisión de cobertura. Puede presentar una queja si considera que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones. Puede

interponer un reclamo acelerado si tiene una queja sobre nuestra decisión de no acelerar o extender una decisión de cobertura o una apelación. Debemos responder a su reclamo acelerado en un plazo de 24 horas. Puede llamar a Servicios para los miembros si usted o su representante autorizado necesita ayuda para preparar y enviar su reclamo por escrito.

- 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 en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, **podemos demorar 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 rechazamos 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 una parte o la totalidad de la queja, o si no nos hacemos responsables del problema por el que se está quejando, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

Sección 10.3 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 10.4 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/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:
Cancelación de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelación de 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 decide que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas donde nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos 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 compartidos hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta

Puede cancelar su membresía en nuestro plan cada año durante el **Período de inscripción abierta**. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Período de inscripción abierta** 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 para medicamentos,
  - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare,
  - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
    - Si elige esta opción y recibe “Ayuda Extra” (“Extra Help”), Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos de Medicare y permanece sin una 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 si se inscribe 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 Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan de MA, a partir del mes en que comienza a tener derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes en que comienza a tener derecho.
- **Durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage,** usted puede realizar lo siguiente:
  - Cambiar a otro Plan Medicare Advantage, con o sin cobertura para medicamentos.
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si cambia a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos 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 Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos 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 Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otro momento del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Puede ser elegible para cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial si se aplica alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare, o visitar www.Medicare.gov.

- En general, cuando usted se muda
- Si tiene Medicaid

- Si es elegible para recibir “Ayuda Extra” (“Extra Help”) para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare
- Si rompemos nuestro contrato con usted
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC)
- Si se inscribe 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 (Drug Management Program, DMP), es posible que solo sea elegible para determinados Períodos de inscripción especial. El Capítulo 5, Sección 10 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según sea su situación.

Para averiguar si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). 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 entre lo siguiente:

- Otro Plan de salud de Medicare con o sin cobertura para medicamentos,
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare, o
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura para medicamentos de Medicare y permanece sin una 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 si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Generalmente, su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar nuestro plan.
- **Si recibe “Ayuda Extra” (“Extra Help”) de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos:** Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted opte por no participar de la inscripción automática.

Sección 2.4 Obtenga más información sobre cuándo puede cancelar su membresía

Si tiene preguntas sobre cómo cancelar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500)**

- Encuentre la información en el manual ***Medicare & You 2026 (Medicare y Usted 2026)***
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-486-2048

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción**. Llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
	• Su inscripción en HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) se cancelará cuando comience su cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que se cancele su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus servicios médicos, artículos y 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 se cancela 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 nuestro plan en ciertas situaciones

HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) debe cancelar su membresía en nuestro plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- Si se muda fuera del área de servicio
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses
    - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) 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 estadounidense o no reside legalmente 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 manera 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 nuestro plan y usted perderá la cobertura para medicamentos.

Si tiene preguntas o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) no está autorizado a pedirle que deje 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). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 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 normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que reside. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen ni se explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, 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 a 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 revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en 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 al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500). Si 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 Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, 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 le 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 por servicios médicos, junto con todas las facturas o recibos pagados a esta dirección:
HealthSun Health Plans

11430 NW 20th Street, Suite 300
Miami, FL 33172

Envíenos por correo su solicitud de pago por medicamentos con receta de la Parte D junto con todas las facturas o recibos a esta dirección:
CarelonRx
Claims Department - Part D Services
P.O. Box 52077
Phoenix, AZ 85072-2077
O envíe un correo electrónico 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 entrada en 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 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 Original Medicare y, posiblemente, obtener seguro suplementario. Si opta por lo último, HealthSun se encargaría de coordinar que usted obtenga, sin una evaluación de su estado de salud general o un período 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 período 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 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. 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 su contra 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. Usted, a veces, puede 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 lo 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. Tenemos también 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 período 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

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía en el centro se espera que no exceda las 24 horas.

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura para servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Facturación del saldo: cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto de costo compartido permitido por nuestro 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 le cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que nuestro plan indica que debe pagar.

Período de beneficios: la manera en que Original Medicare mide su uso de los servicios de los hospitales y el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o centro de atención de enfermería especializada después de que haya finalizado un período de beneficios, se inicia un nuevo período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Producto biológico: un medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células de los animales, células de las plantas, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por eso las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte "**Producto biológico original**" y "**Biosimilar**").

Biosimilar: un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares se pueden sustituir por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte "**Biosimilar intercambiable**").

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 con nombre de marca.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) haya gastado $2,100 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Plan de necesidades especiales para atención crónica (C-SNP): los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles de MA que tienen enfermedades graves y crónicas específicas.

Coseguro: un monto que se le puede solicitar que pague, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta.

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 sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

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.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo de un servicio o el 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) más que un porcentaje.

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 3 tipos de pagos: 1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir 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.

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.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por nuestro 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 nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a nuestro plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura** en este documento.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Servicios cubiertos: es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

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 estándar para medicamentos con receta 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.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de cuidados, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial, brindado por personas que no tienen habilidades ni preparación profesional incluye ayudar con actividades cotidianas 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.

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 por un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en nuestro plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de $1 por día.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Costo de suministro: un honorario 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.

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (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.

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

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.

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 feto), 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 afección que se agrava rápidamente.

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

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, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

“Ayuda Extra” (“Extra Help”): un programa de Medicare 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.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la FDA, dado que se considera que tiene el (los) mismo(s) ingrediente(s) activo(s) que el medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, 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.

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).

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. Nuestro plan debe 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, podría ser considerado un paciente externo.

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 conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional 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.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que los costos que paga de su bolsillo para el año alcancen el monto umbral que paga de su bolsillo.

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales institucionales (Institutional Special Needs Plan, I-SNP): los I-SNP limitan la inscripción a los MA para las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que necesitan el nivel de atención que ofrece un establecimiento o bien, que viven (o se espera que vivan) por al menos 90 días consecutivos en determinados establecimientos de atención a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: Plan de necesidades especiales institucional equivalente (Institutional-Equivalent Special Needs Plan, IE-SNP), Plan híbrido de necesidades especiales institucionales (Hybrid Institutional SNP, HI-SNP) y Plan de necesidades especiales institucionales basado en un establecimiento (Facility-based Institutional SNP, FI-SNP).

Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) institucional equivalente: un IE-SNP limita la inscripción a las personas elegibles de MA que viven en la comunidad, pero que necesitan el nivel de atención que ofrece un establecimiento.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede ser utilizado como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, ya que cumple con los requisitos

adicionales acerca del potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos): una lista de medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte Ayuda Extra.

Programa de descuentos del fabricante: un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y los productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y fabricantes de medicamentos.

Precio justo máximo: el precio negociado por Medicare para un medicamento selecto.

Monto máximo que paga de su bolsillo: es el monto máximo que paga de su 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 usted paga por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.

Medicaid (o Medical Assistance): un programa conjunto federal y estatal que ayuda a solventar los costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Indicación médicamente aceptada: un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

Médicamente necesario: significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

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).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período de tiempo 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 Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO); ii) una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO); iii) un Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS); o iv) un 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 Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Plan Medicare Cost: un Plan Medicare Cost 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.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. 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.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare que ofrece una compañía 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, los de Necesidades Especiales, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas proporcionado a las personas que cumplen con determinados requisitos o que están en un Programa de control de medicamentos. Los servicios de MTM usualmente incluyen una discusión con un farmacéutico o proveedor de atención médica para la revisión de los medicamentos.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los *períodos sin cobertura* de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

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).

Servicios para los miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones.

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.

Proveedor de la red: **proveedor** es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

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.

Período de inscripción abierta: el período 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 Original Medicare.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan acerca de si los servicios o artículos 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.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y que funciona como la comparación para los fabricantes que realizan una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Original Medicare (Medicare tradicional o plan Medicare con pago por servicio): el plan Original Medicare 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 Original Medicare, 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 le corresponde a usted. Original Medicare tiene 2 partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro 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.

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.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de costo compartido más arriba. 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.

Monto umbral que paga de su bolsillo: es el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Plan PACE: un plan Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) que combina servicios y apoyos médicos, sociales y de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

Parte C: consulte el Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

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.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual del plan 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 estándar para medicamentos con receta de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez.

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.

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 del plan 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 costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos totales combinados que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir enfermedades o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolau, vacunas contra la influenza y mamografías de detección).

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 cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios y/o determinados medicamentos según criterios específicos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa se indican en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Dispositivos protésicos y ortésicos: 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.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, 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.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, correcta, oportuna, clínicamente apropiada, del Formulario y de beneficios específica para inscritos. Esto incluye los montos de costo compartido, los medicamentos alternativos del Formulario que se pueden utilizar para la misma afección que un medicamento dado, y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Remisión: una orden escrita de su médico de atención primaria para que usted acuda con un especialista para obtener determinados servicios médicos. Sin una remisión, nuestro plan podría no pagar los servicios proporcionados por un especialista.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (para pacientes externos), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D por el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

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). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan de manera permanente.

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.

Período de inscripción especial: tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar su plan de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Las situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de inscripción especial son: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda Extra” (“Extra Help”) con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de cuidados, o si rompemos nuestro contrato con usted.

Plan de necesidades especiales: tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como quienes poseen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Costo compartido estándar: es el costo compartido estándar que no es el costo compartido preferido que ofrece una farmacia de la red.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

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.

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiera atención médica inmediata, y que no sea una emergencia, es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de

servicio de nuestro plan, o no es razonable dado el momento, el lugar y las circunstancias obtener este servicio a través de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas de rutina a proveedores (como los chequeos anuales) que sean médicamente necesarias no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call the phone number on your member ID card or speak to your provider.

Spanish – ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia en otros idiomas. También puede obtener ayudas y servicios auxiliares adecuados gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación del miembro o hable con su proveedor.

Arabic - تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. كما تتوفر مساعدات وخدمات مساعدة مناسبة لتوفير المعلومات بأشكال يسهل الوصول إليها مجانا. اتصل برقم الهاتف الموجود على بطاقة ID هوية العضو الخاصة بك أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

Chinese Simplified – 注意：如果您说简体中文，我们可以为您提供免费的语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以可访问的格式提供信息。请拨打您的会员 ID 卡上的电话号码或与您的提供者交谈。

Chinese Traditional – 注意：如果您說繁體中文，我們可以為您提供免費的語言協助服務。我們還免費提供適當的輔助工具和服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打您的會員 ID 卡上的電話號碼或與您的提供者交談。

French – ATTENTION : Si vous parlez français, des services gratuits d'assistance linguistique sont disponibles. Des aides et services auxiliaires appropriés permettant de fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le numéro de téléphone figurant sur votre carte d'ID de membre ou appelez votre prestataire.

German – ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Dienste zur sprachlichen Unterstützung zur Verfügung. Außerdem sind kostenlose Hilfsmittel und Dienste verfügbar, um Informationen in zugänglichen Formaten bereitzustellen. Rufen Sie die Telefonnummer auf Ihrer Mitglieds-ID-Karte an oder wenden Sie sich an Ihren Anbieter.

Gujarati – ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલો છો, તો તમારા માટે વિના મૂલ્યે ભાષા સહાય સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. સુલભ ફોર્મેટમાં માહિતી પ્રદાન કરવા માટે યોગ્ય સહાયક સહાય અને સેવાઓ પણ વિના

મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. તમારા સભ્ય ID કાર્ડ પર આપેલા ફોન નંબર પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

Haitian Creole – ATANSYON: Si w pale kreyòl ayisyen, sèvis asistans lenguistik gratis disponib pou ou. Èd ak sèvis oksilyè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma ki aksesib disponib tou san w p ap peye. Rele nimewo telefòn ki sou kat ID manm ou an oswa pale ak founisè w la.

Hebrew – לתשומת לבך: אם הנך דובר/ת עברית, שירותי סיוע בשפה בחינם זמינים עבורך. אמצעי עזר ושירותים נלווים מתאימים, שנועדו לספק מידע בפורמטים נגישים, זמינים גם הם ללא תשלום. יש להתקשר למספר הטלפון המופיע על כרטיס החבר שלך או לפנות לספק השירות שלך.

Hindi – ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। पहुँच योग्य प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निशुल्क उपलब्ध हैं। अपने सदस्य ID कार्ड पर दिए गए फ़ोन नंबर पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Italian – ATTENZIONE: sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuita in italiano. Sono inoltre disponibili gratuitamente adeguati supporti e servizi per ottenere informazioni in formato accessibile. Chiamare il numero di telefono riportato sulla propria tessera associativa o rivolgersi al proprio fornitore.

Korean – 주의: 한국어를 구사하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 대체 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 장치 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 가입자 ID 카드에 기재된 전화 번호로 전화하시거나 담당 의료 제공자에게 문의해 주십시오.

Polish – UWAGA: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnych usług pomocy językowej. Dostępne są również nieodpłatnie odpowiednie pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach. Zadzwoń pod numer telefonu podany na karcie ID członka lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

Portuguese – ATENÇÃO: Se fala português, tem à sua disposição serviços de assistência linguística gratuitos. Estão também disponíveis, a título gratuito, ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para o número de telefone indicado no seu cartão de identificação de membro ou fale com o seu prestador.

Russian – ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, вам могут предоставить бесплатные услуги переводчика. Также бесплатно предоставляются вспомогательные средства и услуги, позволяющие получать информацию в доступных форматах. Позвоните по номеру телефона, указанному на вашей ID-карте участника, или обсудите этот вопрос с вашим поставщиком услуг.

Tagalog – PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, mayroong available na mga libreng serbisyo sa tulong sa wika para sa iyo. Ang naaangkop na mga karagdagang tulong at serbisyo para magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay available rin nang walang bayad. Tawagan ang numero ng telepono sa iyong ID card ng miyembro o makipag-usap sa iyong provider.

Thai – หมายเหตุ: หากคุณพูด ภาษาไทย เรามีบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีสำหรับคุณ นอกจากนียังมีความช่วยเหลือและบริการเสริมทีเหมาะสม เพือให้ข้อมูลในรูปแบบทีเข้าถึง ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายอีกด้วย โทรไปทีหมายเลขโทรศัพท์บนบัตรประจำตัวสมาชิกของคุณ หรือพูดคุยกับผู้ให้บริการของคุณ.

Ukrainian – УВАГА. Якщо ви розмовляєте українською here, вам доступні безкоштовні послуги мовної допомоги. Відповідні допоміжні засоби й послуги для надання інформації в доступних форматах також можна отримати безкоштовно. Зателефонуйте за номером, указаним на ідентифікаційній карті учасника, або зверніться до свого постачальника.

Vietnamese – CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí luôn sẵn sàng phục vụ quý vị. Các dịch vụ và hỗ trợ phụ trợ thích hợp cung cấp thông tin ở các định dạng có thể truy cập cũng được cung cấp miễn phí. Gọi số điện thoại trên thẻ ID thành viên của quý vị hoặc nói chuyện với nhà cung cấp của quý vị.

Aviso sobre no discriminación

La discriminación es ilegal. Por eso cumplimos con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad o discapacidad.

Para las personas con discapacidades, ofrecemos ayudas y servicios gratuitos para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Para las personas cuya lengua materna no sea el inglés, ofrecemos servicios de asistencia en otros idiomas gratuitos, que pueden incluir:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Servicios para Miembros al (TTY: **711**) para obtener ayuda.

Si cree que no le ofrecemos estos servicios o que lo discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, sexo o discapacidad, puede presentar una queja, también conocida como reclamo. Puede presentar una queja por escrito a nuestro Coordinador de Derechos Civiles a:

Civil Rights Coordinator
11430 NW 20th Street
Suite 300
Miami, FL 33172

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de manera electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf. O bien, puede hacerlo por correo o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 (TTY: **1-800-537-7697**)

Los formularios de queja están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) *De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

HealthSun Health Plans es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en HealthSun Health Plans depende de la renovación del contrato.

CarelonRx, Inc. es una compañía independiente que presta servicios de administración de beneficios de farmacia en nombre de su plan de salud.

Notas:

Notas:

Notas:

Servicios para los miembros de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
LLAME AL	1-877-336-2069 (Las llamadas a este número son gratuitas.) Horario de atención: 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. Servicios para los miembros 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) también ofrece un servicio gratuito de interpretación disponible 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. 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.
FAX	1-305-448-5783
ESCRIBA A	HealthSun Health Plans 11430 NW 20th Street, Suite 300 Miami, FL 33172
SITIO WEB	www.healthsun.com

Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE)

Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el fin de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
Llame al	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 dificultad auditiva 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/