

1.º de enero – 31 de diciembre de 2026

Evidencia de cobertura para 2026:

Sus beneficios y servicios médicos de Medicare y su cobertura de farmacia como miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO-SNP)

Este documento le ofrece información sobre su cobertura médica y de farmacia de Medicare desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este documento explica sus beneficios y derechos. Use este documento para comprender la siguiente información:

- La prima de nuestro plan y sus costos compartidos.
- Nuestros beneficios médicos y de farmacia.
- Cómo presentar una queja si no está conforme con un servicio o tratamiento.
- Cómo comunicarse con nosotros.
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

Si tiene alguna pregunta sobre este documento, llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Los horarios son los siguientes: del 1.º de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Esta llamada es gratuita.

Este plan, AmeriHealth Caritas VIP Care, es ofrecido por AmeriHealth Caritas VIP Next, Inc. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa AmeriHealth Caritas VIP Next, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa AmeriHealth Caritas VIP Care.) Este documento está disponible en español y criollo de forma gratuita.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-833-535-3767 (TTY 711) de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., del 1.º de abril al 30 de septiembre, o los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., del 1.º de octubre al 31 de marzo. La llamada es gratuita.

ATANSYON: Si w pale kreyòl, ou ka resevwa sèvis pou ede w nan lang pa w san w pa peye pou sa. Rele nan 1-833-535-3767 (TTY 711) lendi pou vandredi, soti 8 à nan maten rive 8 è diswa, ant 1ye avril ak 30 septanm, oswa sèt jou sou sèt, soti 8 è nan maten rive 8 è diswa, ant 1ye oktòb ak 31 mas. Apèl la gratis.

Servicios al Miembro cuenta con servicios gratuitos de intérprete disponibles para personas que no hablen inglés (los números de teléfono están impresos al dorso de este folleto).

Comuníquese con Servicios al Miembro si necesita este documento en un formato alternativo, como letra grande, braille o audio.

Los beneficios, primas, deducibles o copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

Nuestro formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectar a sus beneficios por lo menos con 30 días de anticipación.

H6378_001_126013_C_SPN
Actualizado por última vez: 07/08/2026

Tabla de contenidos**Tabla de contenidos**

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro	5
SECCIÓN 1 Usted es miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care	5
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan	6
SECCIÓN 3 Materiales importantes sobre la membresía	8
SECCIÓN 4 Resumen de los costos importantes para el 2026	11
SECCIÓN 5 Mantenga su registro de miembro del plan actualizado.....	16
SECCIÓN 6 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	17
CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos importantes	19
SECCIÓN 1 Contactos de AmeriHealth Caritas VIP Care.....	19
SECCIÓN 2 Reciba ayuda de Medicare	23
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP).....	24
SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)	25
SECCIÓN 5 Seguro Social.....	26
SECCIÓN 6 Medicaid	27
SECCIÓN 7 Programas de ayuda con el pago de medicamentos con receta	29
SECCIÓN 8 Junta de Retiro de Empleados Ferroviarios (RRB)	32
CAPÍTULO 3: Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos.....	34
SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan	34
SECCIÓN 2 Utilice los proveedores de la red de nuestro plan para recibir atención médica y otros servicios	36
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios de atención en una emergencia, desastre o urgencia	41
SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si le facturan directamente a usted el costo total de sus servicios cubiertos?	44
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	44
SECCIÓN 6 Normas para recibir atención cubierta en una institución religiosa no médica de atención de la salud.....	46
SECCIÓN 7 Normas para la propiedad del equipo médico duradero.....	47

Tabla de contenidos

CAPÍTULO 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto).....	50
SECCIÓN 1	Cómo entender los servicios cubiertos.....50
SECCIÓN 2	El cuadro de beneficios médicos muestra sus beneficios médicos y costos.....51
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de AmeriHealth Caritas VIP Care? 101
SECCIÓN 4	Servicios que no cubre nuestro plan (exclusiones) 104
CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D.....	107
SECCIÓN 1	Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan 107
SECCIÓN 2	Surta su receta médica en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedidos por correo de nuestro plan 108
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la lista de medicamentos de nuestro plan 114
SECCIÓN 4	Medicamentos con restricciones sobre la cobertura 117
SECCIÓN 5	Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como le gustaría.....118
SECCIÓN 6	Nuestra lista de medicamentos puede cambiar durante el año.....121
SECCIÓN 7	Tipos de medicamentos que no cubrimos.....124
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta 125
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....126
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos 127
CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D.....	130
SECCIÓN 1	Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D 130
SECCIÓN 2	Etapas del pago de medicamentos para los miembros de AmeriHealth Caritas VIP Care 133
SECCIÓN 3	Su <i>explicación de beneficios de la Parte D</i> explica en qué etapa de pago esta 133
SECCIÓN 4	Etapas del deducible 135
SECCIÓN 5	Etapas de cobertura inicial.....135
SECCIÓN 6	La etapa de cobertura catastrófica 141
SECCIÓN 7	Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D.....141

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos 144

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debería pedirnos que paguemos nuestra parte por los servicios o medicamentos cubiertos.....	144
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió	147
SECCIÓN 3	Examinaremos su solicitud de pago para decidir si pagaremos o no	148

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 149

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales.....	149
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y consideraciones culturales como.....	150
SECCIÓN 1	Plan nou an sipoze respektè dwa w yo ak sansibilite kiltirèl ou.....	151
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.....	157

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 159

SECCIÓN 1	Qué hacer si tiene un problema o una inquietud	159
SECCIÓN 2	Dónde recibir más información y ayuda personalizada	160
SECCIÓN 3	Qué procesos usar para su problema.....	161
SECCIÓN 4	Cómo manejar sus problemas con los beneficios de Medicare	162
SECCIÓN 5	Una guía sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones	162
SECCIÓN 6	Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	166
SECCIÓN 7	Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	175
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que cubramos una admisión hospitalaria más larga si considera que está recibiendo el alta demasiado pronto	186
SECCIÓN 9	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto	191
SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5	196
SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	199
SECCIÓN 12	Cómo manejar sus problemas con los beneficios de Medicaid	203

CAPÍTULO 10: Cómo cancelar su membresía en nuestro plan 204

SECCIÓN 1	Cómo cancelar su membresía en nuestro plan	204
-----------	--	-----

Tabla de contenidos

SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	204
SECCIÓN 3	Cómo cancelar su membresía en nuestro plan	208
SECCIÓN 4	Debe continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos mediante nuestro plan hasta que su membresía termine	209
SECCIÓN 5	AmeriHealth Caritas VIP Care debe finalizar la membresía de nuestro plan en ciertas situaciones.....	209
CAPÍTULO 11: Avisos legales		212
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley vigente.....	212
SECCIÓN 2	Aviso contra la discriminación.....	212
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario	214
CAPÍTULO 12: Definiciones.....		215

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care

Sección 1.1 Usted está inscrito en AmeriHealth Caritas VIP Care, que es un plan de necesidades especiales de Medicare

Usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid.

- **Medicare** es el programa de seguro médico federal para personas de 65 años y mayores, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que tenga. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también reciben cobertura para servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare.

Usted ha decidido recibir la atención médica de Medicare y Medicaid, y la cobertura de medicamentos a través de nuestro plan, AmeriHealth Caritas VIP Care. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en nuestro plan difieren de Original Medicare.

AmeriHealth Caritas VIP Care es un plan especializado de Medicare Advantage (un plan de necesidades especiales de Medicare), lo que significa que los beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. AmeriHealth Caritas VIP Care está diseñado para personas que tienen Medicare y que tienen derecho a recibir ayuda de Medicaid.

Debido a que recibe ayuda de Medicaid con sus costos compartidos de la Parte A y la Parte B de Medicare (deducibles, copagos y coaseguros), es posible que no deba pagar nada por sus servicios de Medicare. Medicaid también brinda otros beneficios al cubrir servicios médicos que generalmente no cubre Medicare. Usted también recibirá Ayuda Adicional de Medicare

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

para pagar los costos de sus medicamentos de Medicare. Usted también puede recibir Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos de Medicare. AmeriHealth Caritas VIP Care lo ayudará a manejar todos estos beneficios para que reciba los servicios médicos y la ayuda con los pagos a los que tiene derecho.

AmeriHealth Caritas VIP Care es administrado por una empresa privada. Al igual que todos los planes Medicare Advantage, este plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. Nuestro plan también tiene un contrato con el programa Florida Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace proporcionarle la cobertura Medicare, incluida la cobertura de medicamentos.

Sección 1.2 Información legal sobre la Evidencia de cobertura

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo AmeriHealth Caritas VIP Care cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *lista de medicamentos cubiertos* (formulario) y los avisos que reciba de nosotros con respecto a los cambios en su cobertura o las condiciones que afecten a su cobertura. Estos avisos a veces se llaman *cláusulas* o *enmiendas*.

El contrato estará vigente durante los meses en que esté inscrito en AmeriHealth Caritas VIP Care entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de AmeriHealth Caritas VIP Care después del 31 de diciembre de 2026. También podemos dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026.

AmeriHealth Caritas VIP Care debe contar con la aprobación de Medicare (los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid) y el programa Florida Medicaid. Puede seguir recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan todos los años siempre y cuando decidamos continuar ofreciendo nuestro plan y Medicare y Florida Medicaid renueven 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 cumpla con todas estas condiciones:

- Tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Vive en nuestra área de servicio geográfica (descrita en la Sección 2.3). No se considera que las personas encarceladas viven en el área de servicio geográfica, aunque se encuentren físicamente en el territorio.
- Es ciudadano estadounidense o tiene presencia legal en los Estados Unidos.
- Cumple con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para cubrir las necesidades de personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados.) Para ser elegible para nuestro plan, también debe serlo tanto para los beneficios de Medicare como para todos los beneficios de Medicaid.

Nota: si deja de ser elegible pero puede esperar razonablemente que será elegible de nuevo dentro de los próximos seis meses, entonces todavía es elegible para la membresía. El Capítulo 4, Sección 2.1, habla sobre la cobertura y los costos compartidos durante un periodo de supuesta elegibilidad continuada.

SECCIÓN 2.2 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos para ciertas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué se toma en cuenta como ingresos y recursos, quién es apto, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa siempre que sigan las pautas federales.

Además, Medicaid ofrece programas que ayudan a las personas a pagar sus gastos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos programas de ahorro de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Programa de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguro y copagos). Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (QMB+).
- **Programa de Beneficiarios Especificados de Bajos Ingresos de Medicare (SLMB+):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. Las personas con SLMB+ son elegibles para los beneficios completos de Medicaid.
- **Doble elegibilidad con beneficios completos (FBDE):** estas personas tienen derecho a la Parte A o la Parte B de Medicare y califican para los beneficios completos de Medicaid, pero no para los grupos QMB o SLMB.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sección 2.3 El área de servicio del plan para AmeriHealth Caritas VIP Care

AmeriHealth Caritas VIP Care solo está disponible para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para continuar siendo miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicio de nuestro plan. A continuación, se describe el área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Florida: Palm Beach, Broward, Miami-Dade.

Si tiene planes de mudarse a otro estado, deberá comunicarse con la oficina de Medicaid de su estado y consultar cómo la mudanza puede afectar a sus beneficios de Medicaid. Los números de teléfono de Medicaid se encuentran en el Capítulo 2, Sección 6 de este documento.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (los usuarios de TTY deben marcar el 711) para ver si tenemos un plan en su área nueva. Cuando se mude, tendrá un periodo de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan médico o un plan de medicamentos 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 2.4 Ciudadano estadounidense o con presencia legal

Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente en los Estados Unidos para ser miembro de un plan médico de Medicare. Medicare (los Centros para servicios de Medicare y Medicaid) notificará a AmeriHealth Caritas VIP Care si usted no es elegible para permanecer como miembro de nuestro plan con base en este factor. AmeriHealth Caritas VIP Care deberá cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes sobre la membresía

Sección 3.1 Nuestra tarjeta de membresía del plan

Use su tarjeta de membresía cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos con receta que obtiene en las farmacias de la red. También deberá mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid. Tarjeta de membresía de ejemplo:

Use su tarjeta de membresía cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos con receta que obtiene en las farmacias de la red. También deberá mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid. Tarjeta de membresía de ejemplo:

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

						www.amerhealthcaritasvipcare.com/fl	
Member Name <Member Name>		MedicareRx Prescription Drug Coverage		Members: Call Member Services at 1-833-535-3767 (TTY 711) or visit our website at www.amerhealthcaritasvipcare.com/fl .		Pharmacists: RX ID is the Member ID	
Member ID# <123456789>		Prescription Drug Info: RX BIN 019587 RX PCN PRX0816		Providers: Call 1-833-350-3477 DO NOT bill Original Medicare.		For Pharmacy Benefit Information: Members call: 1-833-973-3579 Pharmacies call: 1-833-792-3767	
Health Plan H6378001		MEMBER CANNOT BE CHARGED Cost sharing/copays: \$0 for doctor visits and hospital stays		Submit Claims To: Processing Center P.O. Box 7155 London, KY 40742-7155		Submit Prescription Claims To: PerformRx/AmeriHealth Caritas VIP Care P.O. Box 516 Essington, PA 19029	
H6378-001		PCP <PCP Name> PCP Phone <PCP Number>					

NO use su tarjeta Medicare roja, blanca y azul para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care, puede que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos por su cuenta. Guarde su tarjeta Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios de hospital, servicios de atención de enfermos terminales o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos).

Si se daña, se pierde o le roban la tarjeta de miembro de nuestro plan, llame de inmediato a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para usuarios de TTY) y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *directorio de proveedores* www.amerhealthcaritasvipcare.com/fl/member-2026/fd-provider enumera nuestros proveedores de la red y abastecedores de equipos médicos duraderos actuales. **Los proveedores de la red** son los médicos y demás profesionales de la salud, grupos médicos, abastecedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros médicos que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y todo costo compartido del plan como pago total.

Deberá usar proveedores de la red para recibir su atención médica y sus servicios. Si va a otro lugar sin la autorización adecuada, tendrá que pagar el costo total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios que se necesitan con urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible recibir servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que AmeriHealth Caritas VIP Care autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores y abastecedores está disponible en nuestro sitio web en www.amerhealthcaritasvipcare.com/fl/member-2026/find-provider

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Si no tiene un *directorio de proveedores*, puede pedirle una copia (electrónica o física) a Servicios al Miembro llamando al 1-833-535-3767 (711 para usuarios de TTY). Las solicitudes de copias impresas del *directorio de proveedores* se enviarán por correo postal dentro de 3 días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El *directorio de farmacias* www.amerhealthcaritasvipcare.com/fl/member-2026/network-pharmacy enumera las farmacias de nuestra red. **Las farmacias de la red** son aquellas que aceptan surtir recetas médicas cubiertas para nuestros miembros del plan. Use el *directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para consultar información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red de nuestro plan.

Si no tiene un *directorio de farmacias*, puede pedirle una copia a Servicios al Miembro llamando al 1-833-535-3767 (711 para usuarios de TTY). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.amerhealthcaritasvipcare.com/fl

Sección 3.4 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *lista de medicamentos cubiertos* (también denominado lista de medicamentos o formulario). Esta lista le indica cuáles medicamentos con receta están cubiertos bajo el beneficio de la Parte D en AmeriHealth Caritas VIP Care. Nuestro plan selecciona los medicamentos en esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de los Precios de los Medicamentos de Medicare se incluirán en su lista de medicamentos, a menos que los hayan quitado o remplazado según lo descrito en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la lista de medicamentos de AmeriHealth Caritas VIP Care.

La lista de medicamentos también le indica si hay alguna norma que restrinja la cobertura de un medicamento.

Le enviaremos una copia de la lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/fl/member-2026/prescription-drug-benefits o llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para usuarios de TTY).

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**SECCIÓN 4 Resumen de los costos importantes para el 2026**

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser más alta que este monto. Consulte la Sección 4.1 para obtener detalles.	\$0
Gasto máximo de bolsillo Es la cantidad <u>máxima</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 4, Sección 1 para obtener más detalles.	\$9,250 Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que contribuya al límite de los gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.
Visitas al consultorio de atención primaria	\$0 por visita
Visitas al consultorio de un especialista	\$0 por visita
Hospitalizaciones	Copago de \$0
Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D Consulte el Capítulo 6, Sección 4 para obtener más detalles.	\$615 excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de vacunas para adultos de la Parte D.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

	Sus costos en 2026
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 6 para obtener más detalles, incluidos el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura catastrófica.)	Coaseguro durante la etapa inicial de cobertura: Medicamento de Nivel 1 – Genérico preferido: Usted paga el 25% del costo total. Medicamento de Nivel 2 – Genérico: Usted paga el 25% del costo total. Excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de vacunas para adultos de la Parte D. Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamento de Nivel 3 – Marca preferido: Usted paga el 25% del costo total. Excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de vacunas para adultos de la Parte D. Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamento de Nivel 4 – Medicamento no preferido: Usted paga el 25% del costo total.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sus costos en 2026
Excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de vacunas para adultos de la Parte D. Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamento de Nivel 5 – Especialidad: Usted paga el 25% del costo total. Medicamento de Nivel 6 – Medicamentos de atención seleccionados: Usted paga \$0 del costo total.

Sus costos pueden incluir los siguientes:

- 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 ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)
- Monto de plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

En 2026, la prima mensual para AmeriHealth Caritas VIP Care es de \$0.

Usted no paga ninguna prima mensual aparte por AmeriHealth Caritas VIP Care.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Algunos miembros están obligados a pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la Sección 2 anteriormente, para ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medicaid, así como tener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. A la mayoría de los miembros de AmeriHealth Caritas VIP Care, Medicaid les paga la prima de la Parte A (si no califica automáticamente para ello) y la prima de la Parte B.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Si Medicaid no le paga sus primas de Medicare, usted debe seguir pagándolas para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima por la Parte B. También incluye una prima por la Parte A, que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D (LEP)

Como usted goza de doble elegibilidad, la LEP no aplica siempre que mantenga su doble elegibilidad. Sin embargo, si pierde su condición de doble elegibilidad, es posible que incurra en una LEP. 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 su periodo de inscripción inicial, hubo un periodo de 63 días o más consecutivos en los que no tuvo la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos. La cobertura acreditable de medicamentos con receta es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que estuvo sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta. Deberá pagar esta multa el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.

No tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D si:

- Recibe Ayuda Adicional de parte de Medicare para ayudarlo con los costos de los medicamentos.
- Estuvo menos de 63 días consecutivos sin una cobertura acreditable.
- Tiene una cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente (como un empleador anterior, sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos [VA]). Su aseguradora o departamento de recursos humanos le indicará cada año si su cobertura de medicamentos es acreditable. Puede recibir esta información a través de una carta o un boletín informativo de ese plan. Tenga a mano esta información, ya que es posible que la necesite si se une más tarde a un plan de medicamentos de Medicare.
 - o **Nota:** Cualquier carta o aviso debe indicar que usted tuvo una cobertura acreditable de medicamentos con receta que se espera que pague tanto como lo que paga el plan de medicamentos con receta de Medicare.
 - o **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuento para medicamentos no cuentan como cobertura acreditable de medicamentos con receta.

Medicare determina el costo de la multa por inscripción tardía de la Parte D. La manera en que funciona es la siguiente:

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Primero, cuente el número de meses completos que tardó en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare después de ser elegible para inscribirse. O cuente el número de meses completos que no tuvo cobertura acreditable de medicamentos si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el costo de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país correspondiente al año anterior (prima básica nacional del beneficiario). En 2025, este monto promedio de prima fue de \$36.78. Es posible que el monto cambie en 2026.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima básica nacional del beneficiario y luego redondee a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% aplicado a \$36.78, lo que equivale a \$5.1492. El valor redondeado es de \$5.15. Este monto se sumaría **a la prima mensual para una persona con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Tres aspectos importantes para conocer sobre la multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- **Es posible que la multa cambie cada año**, ya que la prima básica nacional del beneficiario puede cambiar año tras año.
- **Seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de farmacia de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si tiene *menos* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reiniciará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses que no tenga cobertura luego de su periodo de inscripción inicial por cumplir la edad para Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante podrán pedir una revisión. En general, deberá solicitar esta revisión **dentro de los primeros 60 días** desde la fecha en la primera carta que indica que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de unirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de pedir una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos

Si pierde su elegibilidad para este plan debido a un cambio en sus ingresos, es posible que deba pagar un costo adicional por su plan de Medicare, conocido como monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D (IRMAA). El cargo adicional se calcula a

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

partir de su ingreso bruto ajustado modificado según lo que informó en su declaración de ingresos de hace 2 años. Si este valor supera un monto determinado, deberá pagar el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que quizá deba pagar según sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si tiene que pagar un monto adicional IRMAA, el Seguro Social (no su plan de Medicare) le enviará una carta para informarle cuánto será ese monto adicional. El monto adicional se retendrá de su cheque del Seguro Social, Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o beneficios de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficio no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el monto adicional IRMAA al gobierno. No puede pagarse con su prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional IRMAA, se cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

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

Sección 4.5 Monto del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

Si participa en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, todos los meses pagará su prima del plan (si tiene uno) y recibirá una factura de su plan médico o de farmacia por sus medicamentos con receta (en lugar de pagarle a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por cualquier medicamento con receta que reciba, además de su saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que quedan en el año.

En el Capítulo 2, Sección 7, se explica con más detalle el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Mantenga su registro de miembro del plan actualizado

Su registro de miembro tiene información de su formulario de inscripción, que incluye su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica del plan, que incluye su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores en la red de nuestro plan **usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus**

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

costos compartidos. Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Si hay alguno de los siguientes cambios, háganoslo saber:

- Cambio de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de médica que tenga (como la de su empleador, la del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación de los trabajadores o Medicaid).
- Cualquier reclamación por daños y perjuicios, como reclamos por un accidente automovilístico.
- Si recibió lo ingresaron a un hogar de ancianos.
- Si recibe atención en un hospital fuera del área o fuera de la red o en una sala de emergencias.
- Si cambia su parte responsable designada (como un cuidador, por ejemplo).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** no tiene la obligación de informar a nuestro plan sobre los estudios de ensayo clínico en los que tiene la intención de participar, pero lo exhortamos a hacerlo).

Si alguna de esta información cambia, infórmenoslo llamando a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para usuarios de TTY).

También es importante comunicarse con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección de correo postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 6 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige recabar información sobre cualquier cobertura médica o de farmacia que tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios bajo nuestro plan. Esto se llama **coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura médica o de medicamentos de la que tengamos conocimiento. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información no es correcta o si tiene otra cobertura que no esté enumerada, llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para usuarios de TTY). Es posible que deba dar su número de identificación del plan a sus otras aseguradoras (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen en tiempo y forma.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Cuando usted tiene otro seguro (como la cobertura médica grupal de su empleador), las normas de Medicare deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero (el “pagador primario”) lo hace hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar (el “pagador secundario”), solo paga si quedan gastos sin cubrir por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos que quedaron sin cubrir. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas corresponden a la cobertura del plan médico del empleador o del sindicato:

- Si usted tiene cobertura de jubilación, Medicare paga primero.
- Si su cobertura de plan médico grupal se basa en su empleo actual o en el de un integrante de su familia, quién paga primero depende de su edad, de la cantidad de personas empleadas por su empleador y si usted tiene Medicare debido a la edad, una discapacidad o por tener una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
 - Si tiene menos de 65 años y es discapacitado y usted (o un integrante de su familia) sigue trabajando, su plan médico grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja doméstica) sigue trabajando, su plan médico grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples con más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan médico grupal pagará primero por los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil).
- Responsabilidad civil (incluido el seguro de automóvil).
- Beneficios por neumoconiosis.
- Compensación de los trabajadores.

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de AmeriHealth Caritas VIP Care

Para recibir ayuda con reclamos, facturación o preguntas sobre la tarjeta del miembro, llame o escriba a Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care. Estaremos a su entera disposición.

Servicios al Miembro: información de contacto

Teléfono	1-833-535-3767 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Servicios al Miembro 1-833-535-3767 (711 para usuarios de TTY) también cuenta con servicios de interpretación de idiomas para personas que no hablen inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
Fax	1-833-329-1535
Correo postal	AmeriHealth Caritas VIP Care Member Services PO Box 7151 London, KY 40742-7151
Sitio web	www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Cómo solicitar una decisión o apelación de cobertura para su atención médica y los medicamentos con receta de la Parte D.**

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

Decisiones y apelaciones de cobertura para atención médica o medicamentos de la Parte D: información de contacto

Teléfono	1-833-535-3767 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
Fax	Médico Decisiones de cobertura: 1-833-329-3586 Apelaciones: 1-855-221-0046 Parte D Decisiones de cobertura: Estándar: 1-833-726-7627 Urgente: 1-833-698-7787

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Correo postal	Médico Decisiones de cobertura: AmeriHealth Caritas VIP Care Prior Authorization Medical Care PO Box 7151 London, KY 40742-7151 Apelaciones: AmeriHealth Caritas VIP Care Attn: Appeals PO Box 80109 London, KY 40742 <u>Parte D:</u> Decisiones de cobertura: AmeriHealth Caritas VIP Care Attn: Pharmacy Prior Authorization Member Prescription Coverage Determination 200 Stevens Dr. Philadelphia, PA 19113-9802
Sitio web	www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl

Cómo presentar una queja sobre su atención médica o medicamentos con receta de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Este tipo de queja no implica disputas de cobertura o pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica o sus medicamentos con receta de la Parte D, vaya al Capítulo 9.

Quejas sobre su atención médica: información de contacto

Teléfono	1-833-535-3767 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m.
-----------------	--

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

	Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
Fax	1-833-329-1535
Correo postal	AmeriHealth Caritas VIP Care Attn: Customer Experience, Grievances, and Complaints P.O. Box 7140 London, KY 40742-7140
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre AmeriHealth Caritas VIP Care directamente ante Medicare, vaya a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Cómo pedirnos que paguemos el costo de la atención médica o de los medicamentos que recibió

Si recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor) que considera que nosotros deberíamos pagar, es posible que deba pedirnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Vaya al *Capítulo 7 una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos* para obtener más información.

Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos alguna parte de su solicitud, podrá apelar nuestra decisión. Vaya al *Capítulo 9* para obtener más información.

Solicitudes de pago: información de contacto

Teléfono	1-833-535-3767 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Correo postal	<u>Médico:</u> AmeriHealth Caritas VIP Care P.O. Box 7151 London, KY 40742-7151 <u>Medicamentos de la Parte D:</u> AmeriHealth Caritas VIP Care Attn: Direct Member Reimbursement P.O. Box 561 Essington, PA 19029
Sitio web	www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl

Sección 2 Reciba ayuda de Medicare

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

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

Medicare: información de contacto

Teléfono	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo de teléfono especial y solo está disponible para personas que tienen dificultades con la audición o el habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.
Correo postal	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Sitio web	www.Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluidos su precio y qué servicios brindan. • Encuentre médicos que participen en Medicare u otros proveedores médicos o abastecedores. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas y consultas anuales de “bienestar”). • Obtenga información sobre apelaciones de Medicare y formularios. • Obtenga información sobre la calidad de la atención brindada por los planes, los hogares de ancianos, los hospitales, los médicos, las agencias de salud a domicilio, los centros de diálisis, los centros de atención para enfermos terminales, los centros de rehabilitación con internación y los hospitales de cuidados a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar www.Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre AmeriHealth Caritas VIP Care. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.
------------------	---

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con consejeros capacitados en todos los estados que ofrece ayuda e información gratuitas, y responde a sus preguntas sobre Medicare. En Florida, SHIP se llama Atención a las Necesidades de Ancianos Respecto a los Seguros de Salud (Serving Health Insurance Needs of Elders, SHINE).

SHINE es un programa estatal independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan médico) que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas con Medicare.

Los asesores de SHINE pueden ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, presentar quejas sobre la atención médica o tratamiento, y resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de SHINE también pueden ayudarlo con preguntas o problemas sobre Medicare, a comprender las opciones que tiene con respecto a los planes de Medicare, y responderán preguntas sobre cómo cambiar de un plan a otro.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**SHINE (SHIP de Florida): información de contacto**

Teléfono	1-800-96-ELDER (1-800-963-5337)
711	1-800-955-8770 Este número requiere un equipo de teléfono especial y solo está disponible para personas que tienen dificultades con la audición o el habla.
Correo postal	Florida Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 280-S Tallahassee, FL 32399
Sitio web	http://www.floridashine.org/

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)

Una Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) designada atiende a las personas con Medicare en todos los estados. En Florida, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Acentra Health.

Acentra Health cuenta con 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 para las personas con Medicare. Commence Health es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

Comuníquese con Acentra Health *en* cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de problemas con la calidad incluyen recibir los medicamentos equivocados, pruebas o procedimientos innecesarios, o un mal diagnóstico.
- Considera que la cobertura de su admisión hospitalaria se termina demasiado pronto.
- Siente que la cobertura de su atención médica domiciliaria, la atención en un establecimiento de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) está finalizando demasiado pronto.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Acentra Health Organización para la Mejora de la Calidad de Florida: información de contacto**

Teléfono	1-888-317-0751 De 9 a. m. a 5 p. m. de lunes a viernes y de 11 a. m. a 4 p. m. los sábados, domingos y feriados. También puede dejar un mensaje las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711
Correo postal	Acentra Health 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
Sitio web	https://www.acentraqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y administra la inscripción a Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes tienen que pagar un monto adicional para la cobertura de los medicamentos de la Parte D porque tienen un ingreso más alto. Si recibe una carta del Seguro Social que dice que debe pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si su ingreso se redujo debido a un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social y solicitar una reconsideración.

Comuníquese con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección de correo.

Seguro Social: información de contacto

Teléfono	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a. m. a 7 p. m. de lunes a viernes. Use los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas operaciones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Este número requiere un equipo de teléfono especial y solo está disponible para personas que tienen dificultades con la audición o el habla.

Las llamadas a este número son gratuitas.

Disponible de 8 a. m. a 7 p. m. de lunes a viernes.

Sitio web

www.SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. En Florida, el programa Medicaid se llama Agency for Health care Administration (Agencia para la Administración de la Atención Médica).

Como miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care, usted está inscrito tanto en Medicare como en Medicaid.

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

- **Programa de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguro y copagos). Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (QMB+).
- **Programa de Beneficiarios Especificados de Bajos Ingresos de Medicare (SLMB+):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. Las personas con SLMB+ son elegibles para los beneficios completos de Medicaid.
- **Doble elegibilidad con beneficios completos (FBDE):** estas personas tienen derecho a la Parte A o la Parte B de Medicare y califican para los beneficios completos de Medicaid, pero no para los grupos QMB o SLMB.

Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, comuníquese con la Agencia para la Administración de la Atención Médica (Medicaid).

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Agencia para la Administración de la Atención Médica (programa Medicaid de Florida): información de contacto**

Teléfono	1-888 419-3456 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
TTY	711
Correo postal	Agency for Health Care Administration 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308
Sitio web	https://ahca.myflorida.com/Medicaid/Operations/assistance/index.shtml

La Oficina del Defensor del Pueblo para la Atención a Largo Plazo ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas de facturación o de servicios. Pueden ayudarlo a presentar una queja formal o apelación ante nuestro plan.

Oficina del Defensor del Pueblo para la Atención a Largo Plazo de Florida: información de contacto

Teléfono	1-888-831-0404 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
TTY	711
Correo postal	Long Term Care Ombudsman 4040 Esplanade Way, Suite 380 Tallahassee, FL 32399-7000
Sitio web	https://ombudsman.elderaffairs.org/

La Oficina del Defensor del Pueblo para la Atención a Largo Plazo de Florida ayuda a las personas a obtener información sobre hogares de ancianos y a resolver problemas entre los hogares de ancianos y los residentes o sus familias.

Oficina del Defensor del Pueblo para la Atención a Largo Plazo de Florida: información de contacto

Teléfono	1-888-831-0404 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
TTY	711

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Correo postal	Long Term Care Ombudsman 4040 Esplanade Way, Suite 380 Tallahassee, FL 32399-7000
Sitio web	https://ombudsman.elderaffairs.org/

SECCIÓN 7 Programas de ayuda con el pago de medicamentos con receta

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

Ayuda Adicional de Medicare

Dado que usted es elegible para Medicaid, califica para recibir la Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. No necesita hacer nada más para conseguir esta Ayuda Adicional.

Si tiene alguna pregunta sobre la Ayuda Adicional, llame a alguno de los siguientes:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- Su Oficina Estatal de Medicaid al 1-866-843-7212 o el 1-302-571-4900.

Si cree que está pagando una cantidad incorrecta por su receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarlo a obtener la evidencia del monto que debería estar pagando. Si ya tiene esta evidencia, podemos ayudarlo a que nos la haga llegar.

- Comuníquese con Servicios al Miembro para solicitar ayuda o para brindar uno de los documentos enumerados a continuación para establecer el nivel correcto de copago. Tenga en cuenta que todos los documentos siguientes deben demostrar que usted era elegible para Medicaid durante un mes después de junio del año anterior:
 - o Una copia de su tarjeta de Medicaid que incluya su nombre, fecha de elegibilidad y nivel de condición.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

- o Un informe de contacto que incluya la fecha en que se realizó la llamada de verificación a la Oficina de Medicaid, y el nombre, cargo y número de teléfono del miembro del personal del estado que verificó el nivel de beneficio de Medicaid del estado de Medicaid.
- o Una copia de un documento del estado que confirme el estado activo.
- o Una impresión del archivo de inscripción electrónica estatal que muestre el estado de Medicaid.
- o Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid que muestren su estado ante Medicaid.
- o Otra documentación provista por el Estado que muestre su condición ante Medicaid.
- o Un aviso de Concesión del Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) con fecha de entrada en vigencia.
- o Una carta de “Información importante” de la Administración del Seguro Social (SSA) que confirme que usted “tiene derecho a recibir ayuda adicional”.

Si usted es un miembro que está institucionalizado, brinde uno o más de los siguientes:

- o Un remito de un centro médico de atención a largo plazo que muestre el pago de Medicaid para un mes calendario completo.
 - o Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid a un centro médico de atención a largo plazo por un mes calendario completo a su nombre.
 - o Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid que muestre que está institucionalizado por lo menos con un mes calendario completo de permanencia para el pago de Medicaid.
- Cuando recibamos la evidencia que demuestre el nivel de copago adecuado, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda realizar el copago correcto cuando retire su siguiente receta. Si paga una suma superior a la de su copago, le devolveremos el dinero, ya sea por cheque o con un crédito para un futuro copago. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda con ellos, podemos hacerle el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos pagarle directamente al estado. Llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (los usuarios de TTY deberán llamar al 711) si tiene alguna pregunta.

¿Qué sucede si recibe Ayuda Adicional y cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos vitales para tratar el VIH. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

ADAP califican para la ayuda con los costos compartidos de recetas médicas a través del Programa de Asistencia para los Medicamentos contra el SIDA de Florida (ADAP).

Nota: Para ser elegible para el ADAP de su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen la prueba de residencia en el estado y el estado de su VIH, los bajos ingresos (según lo definido por el estado) y el estado de no asegurado o con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique al trabajador que lo inscribió en el ADAP local para que pueda seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales - VIH/SIDA.

Método	Asistencia para los Medicamentos contra el SIDA (ADAP) de Florida: información de contacto
TELÉFONO	1-850-245-4422 de 8 a. m. a 5 p. m., hora local, de lunes a viernes
CORREO POSTAL	HIV/AIDS Section 4052 Bald Cypress Way Tallahassee, FL 32399
SITIO WEB	https://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/index.html

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarlo a administrar sus gastos de bolsillo para medicamentos cubiertos por nuestro plan repartiéndolos a lo largo del **año calendario** (enero-diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o plan médico de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no hace que ahorre dinero o que se reduzcan los costos de sus medicamentos. Si participa en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, se renovará su participación automáticamente en 2026.** La Ayuda Adicional de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes califiquen, ofrecen más ventajas que la participación en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare: información de contacto**

Teléfono	1-833-535-3767 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Servicios al Miembro 1-833-535-3767 (711 para usuarios de TTY) también cuenta con servicios de interpretación de idiomas para las personas que no hablen inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
Fax	1-855-822-9400
Correo postal	AmeriHealth Caritas VIP Care P.O. Box 7139 London, KY 40742
Sitio web	www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl

SECCIÓN 8 Junta de Retiro de Empleados Ferroviarios (RRB)

La Junta de Retiro de Empleados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios completos para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de Retiro de Empleados Ferroviarios, infórmeles si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Retiro de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Junta de Retiro de Empleados Ferroviarios (RRB): Información de contacto

Teléfono	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.
-----------------	--

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

	Presione “1” para acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo de teléfono especial y solo está disponible para personas que tienen dificultades con la audición o el habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov/

CAPÍTULO 3:

Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre cómo utilizar nuestro plan para recibir atención médica y otros servicios cubiertos. Para obtener más detalles sobre la atención médica y los otros servicios que nuestro plan cubre, consulte el cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Para obtener más información sobre qué atención médica y servicios cubre nuestro plan y cuánto debe pagar cuando los recibe, use el cuadro de beneficios en el capítulo siguiente, Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que paga*).

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- Los **proveedores** son médicos y otros profesionales de atención médica habilitados por el estado para prestar servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros médicos.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros médicos que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago como pago total. Arreglamos que estos proveedores ofrezcan servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente a nosotros por su atención médica. Cuando visita a un proveedor de la red, usted no paga nada por los servicios cubiertos.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios médicos, los insumos, los equipos y los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos para la atención médica se enumeran en el cuadro de beneficios en el Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos con receta se indican en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para recibir atención médica y otros servicios cubiertos por nuestro plan

Como un plan médico de Medicare, AmeriHealth Caritas VIP Care debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios además de los cubiertos bajo Original Medicare.

Generalmente, AmeriHealth Caritas VIP Care cubrirá su atención médica si:

- **La atención que reciba está incluida en el cuadro de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, insumos, equipo o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de la práctica médica.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir a un PCP de la red (vaya a la Sección 2.1 para obtener más información).
 - o No necesita un referencias médicas de su PCP para recibir atención de emergencia o servicios necesarios con urgencia. Para aprender más sobre los demás tipos de atención que puede recibir sin la aprobación previa de su PCP, vaya a la Sección 2.2.
- **Usted debe recibir su atención de los proveedores de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, la atención de un proveedor fuera de la red (que no forma parte de la red de nuestro plan) no está cubierta. Esto significa que usted debe pagarle al proveedor el valor completo de los servicios que reciba. Hay 3 excepciones:
 - o Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios que necesita con urgencia y que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y saber qué se consideran servicios de emergencia o necesarios con urgencia, consulte la Sección 3.
 - o Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden los cuidados, podrá recibir esta atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que usted generalmente paga dentro de la red. Se exigirá una autorización previa. Se solicitará a su PCP o especialista que brinde información sobre su afección y el plan de tratamiento propuesto para que el plan pueda determinar si el servicio es médicamente necesario. La continuidad de la atención para miembros que están bajo un tratamiento continuo con un profesional o proveedor fuera de la red podría estar cubierta, pero será necesaria una autorización previa. En esta situación, cubriremos esos servicios como si los

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

hubiera recibido de un proveedor de la red. Para más información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.

- o Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro médico de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor de este servicio no esté temporalmente disponible o accesible. El costo compartido que le paga a nuestro plan por la diálisis no podrá exceder el costo compartido de Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe servicios de diálisis de un proveedor que está fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no podrá exceder lo que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de la red para la diálisis no está disponible temporalmente y usted opta por recibir los servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, el costo compartido por la diálisis podrá ser mayor.

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

Sección 2.1 Usted debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que este proporcione y supervise su atención

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

Cuando usted pasa a ser miembro de nuestro plan, debe elegir a un proveedor del plan de nuestro directorio de proveedores para que sea su PCP. Hay diferentes tipos de médicos que pueden ser PCP. Generalmente, los PCP se especializan en medicina familiar, medicina general o medicina interna. Es posible que también tengamos disponibles otros proveedores especializados como PCP si fuera necesario o apropiado. Si se identifican en la sección de PCP del directorio de proveedores y usted cumple con los requisitos (si corresponde) y el panel de PCP está abierto (lo que significa que están aceptando pacientes nuevos), puede solicitar que uno de estos médicos calificados sea su PCP.

Además de planificar y coordinar su atención, su PCP:

- Conocerá su historial médico y mantendrá sus expedientes médicos al día.
- Responderá preguntas sobre su salud.
- Brindará información sobre alimentación y dieta saludables.
- Le administrará vacunas y realizará las pruebas que necesita.
- Lo ayudará a recibir atención de otros proveedores, si es necesario.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Encontrará problemas antes de que sean graves.
- Será un defensor del paciente.
- Brindará tratamiento preventivo para afecciones como: diabetes, hipertensión arterial y enfermedades cardíacas.
- Para algunos servicios, su PCP o especialista necesitará obtener la aprobación previa de nuestro plan (esto se llama “autorización previa”). En estos casos, se le pedirá a su PCP o especialista que brinde información sobre su afección y el plan de tratamiento propuesto para que AmeriHealth Caritas VIP Care pueda determinar si el servicio es médicamente necesario. Su PCP también sirve como punto de comunicación central para todos los servicios que recibe. Consultará a otros proveedores del plan sobre su atención y sobre cómo le está yendo. Ya que su PCP brindará y coordinará su atención médica, usted debería enviar todos sus registros médicos previos al consultorio de su PCP.

Cómo elegir a un PCP

Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) con el que se sienta cómodo para que lo atienda y administre todas sus necesidades médicas. Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Si quiere consultar los médicos que están disponibles como PCP, consulte nuestro directorio de proveedores impreso, realice una búsqueda en nuestro directorio de proveedores en línea o llame a Servicios al Miembro para confirmar la participación en la red. Tenga en cuenta que cuando cambia de PCP debe programar una consulta tan pronto como sea posible para garantizar que todas las autorizaciones para los servicios correspondientes estén actualizadas.

Si no elige a un PCP dentro de los primeros 14 días desde su inscripción, y AmeriHealth Caritas VIP Care intentó razonablemente brindarle ayuda (por teléfono o por correo postal) para elegir a un PCP pero sin éxito, entonces AmeriHealth Caritas VIP Care le asignará uno y luego los notificará a usted y al PCP sobre la designación. La designación del PCP no afectará de manera negativa a ningún derecho de transición que usted tenga.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También, existe la posibilidad de que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan y que usted tenga que buscar un nuevo PCP. Si su PCP deja la red o ya no participa en la red de proveedores de nuestro plan, usted recibirá una notificación de este cambio y le ofreceremos un PCP de reemplazo o lo ayudaremos a seleccionar un nuevo PCP. La notificación de estos cambios se

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

realizará por carta y por una llamada de teléfono de Servicios al Miembro. Si bien nuestro objetivo e intención es avisarle sobre el cambio, con frecuencia estos cambios ocurren de inmediato o con poco aviso. En estos casos, le asignaremos un nuevo PCP. Cuando se lo notifiquemos, si no desea continuar con el PCP que le asignamos, podrá cambiar a otro PCP de la red disponible que usted elija.

El cambio tendrá efecto dentro de los cinco días hábiles después de recibir la solicitud para cambiar de PCP. Los miembros que estén recibiendo un tratamiento activo de un proveedor que suspenda su participación en nuestro plan podrán continuar el tratamiento iniciado previamente con este proveedor hasta completarlo o hasta lograr la transición a un nuevo proveedor. La finalización o transición no podrán exceder los **seis** meses desde la fecha en que el proveedor suspenda la participación en nuestro plan.

Sección 2.2 La atención médica y los demás servicios que puede recibir sin una referencia de un PCP

Puede recibir los siguientes servicios sin la aprobación previa de su PCP.

- Atención médica de rutina de la mujer, que incluye exámenes de mama, mamografías (radiografías de mamas), citología vaginal y exámenes pélvicos siempre que los realice con un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de los proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Los servicios necesarios con urgencia cubiertos por el plan son aquellos que requieren atención médica inmediata (pero no son una emergencia) si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable recibir estos servicios de parte de proveedores de la red teniendo en cuenta el momento, el lugar y las circunstancias bajo las que esté. Algunos ejemplos de servicios necesarios con urgencia son las enfermedades y las lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de dolencias existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de necesidad urgente incluso si está fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no se encuentra disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para usuarios de TTY) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudar a hacer los arreglos para que se haga la diálisis de mantenimiento mientras está afuera.

Consultas médicas de un especialista.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Atención médica mental para pacientes ambulatorios.

- Servicios de la vista y odontológicos de rutina.

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

Un especialista es un médico que presta servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específicas. Hay muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con enfermedades del corazón.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones en huesos, articulaciones o músculos.

Las solicitudes que requieran autorización previa las puede presentar el miembro, el representante del miembro o el médico tratante/profesional de la salud de manera verbal o a través de teléfono, fax o correo postal. El médico tratante o profesional de la salud también puede solicitar una autorización a través del portal seguro de proveedores.

La autorización previa la lleva a cabo el personal de Administración de la Utilización (UM) que tiene apoyo de médicos certificados. Las decisiones de autorización previa se basan en guías de aceptación nacional (Criterios de Necesidad Médica de UM) y el personal de UM puede aprobar los servicios solicitados cuando se haya cumplido con los criterios de necesidad médica de UM.

Toda decisión de rechazar, alterar o aprobar la cobertura para una admisión, servicio, procedimiento o extensión de estadía en una cantidad, duración o alcance que sea menor que la solicitada la toma el director médico o designado luego de evaluar las necesidades de salud individuales del miembro, las características del sistema de prestación local y, según sea necesario, una consulta con el médico tratante. Los directores médicos o designados que toman la decisión de rechazar, alterar o aprobar la cobertura de una admisión, servicio, procedimiento o extensión de la estadía en una cantidad, duración o alcance menor que la solicitada son médicos u otros profesionales de la salud apropiados con suficiente experiencia médica y de otro tipo, incluido el conocimiento de los criterios de cobertura de Medicare con una licencia actual y sin restricciones para ejercer dentro del ámbito de su profesión en el estado asociado al plan del miembro.

Para algunos servicios, es posible que su PCP o especialista deba obtener la aprobación anticipada de nuestro plan. Esto se llama “autorización previa”. En estos casos, se le solicitará a su PCP o especialista que brinde información sobre su afección y el plan de tratamiento propuesto para que el plan pueda determinar si el servicio es médicamente

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

necesario. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa.

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

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

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le avisaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo suficiente de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de la salud conductual deja nuestro plan, le avisaremos al respecto en caso de que haya tenido alguna consulta con ese proveedor en los últimos 3 años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le avisaremos en caso de que usted tenga asignado a ese proveedor o reciba atención actualmente o haya tenido consultas con este en los últimos 3 meses.
- Lo ayudaremos a escoger un nuevo proveedor perteneciente a la red para que continúe con su atención.
- Si está bajo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a seguir recibiendo las terapias o el tratamiento médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo la atención que necesita.
- Le brindaremos información sobre los periodos de inscripción y las opciones disponibles que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor de la red o beneficio no está disponible o es inadecuado para cubrir sus necesidades médicas, haremos los arreglos para que reciba el beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores a un costo compartido que no supere al de la red. Puede exigirse una autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a escoger un nuevo proveedor que administre su atención.
- Si considera que no le ofrecimos un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando de manera adecuada, tiene derecho a presentar una queja con respecto a la calidad de atención ante la QIO,

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

una queja formal sobre la calidad de la atención ante nuestro plan o ambas (consulte el Capítulo 9).

Sección 2.4 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

En la mayoría de los casos, la atención de un proveedor fuera de la red (que no forma parte de la red de nuestro plan) no está cubierta. Hay tres excepciones:

- El plan cubre la atención de emergencia o los cuidados que necesita con urgencia y que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto y ver qué significa atención de emergencia o que se necesita con urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Los servicios de diálisis renal que reciba en un centro médico de diálisis certificado por Medicare están cubiertos cuando esté temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra y que los proveedores de nuestra red no pueden brindar, podrá recibir esta atención de un proveedor fuera de la red.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios de atención en una emergencia, desastre o urgencia

Sección 3.1 Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de su vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de una función corporal o una incapacidad grave. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Reciba ayuda tan pronto como sea posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercanos. Llame a una ambulancia si es necesario. No necesita obtener una aprobación o referencia médica previa de su PCP. No es necesario que acuda a un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios o en todo el mundo, y de cualquier proveedor con la licencia estatal apropiada, aunque no sea parte de nuestra red.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan está al tanto de su emergencia.** Necesitamos hacerle seguimiento a su atención de emergencia. Usted u otra persona deben informarnos sobre su atención médica de emergencia, por lo general, dentro de las primeras 48 horas. Llame a Servicios al Miembro a los números de teléfono que están impresos en la contraportada de este folleto.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otro modo podría poner en riesgo su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que estén atendiendo su emergencia decidirán cuándo su condición es estable y ha terminado la situación de emergencia.

Después de que la emergencia termine, tiene derecho a recibir atención médica de seguimiento para garantizar que su estado siga siendo estable. Sus médicos seguirán brindándole tratamiento hasta que se pongan en contacto con nosotros y planifiquen cualquier atención adicional. Nuestro plan cubrirá su cuidado de seguimiento.

Si los proveedores que atiendan su emergencia no forman parte de nuestra red, intentaremos coordinar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué pasa si no era una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podría ir por atención de emergencia pensando que su salud está en grave peligro y el médico puede determinar que, después de todo, no era una emergencia médica. Si resulta que no era una emergencia, cubriremos su atención siempre y cuando haya tenido motivos razonables para pensar que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, una vez que el médico determine que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si usted recibe la atención adicional en una de las siguientes 2 maneras:

- Va a un proveedor de la red para recibir atención adicional.
- La atención adicional que recibe se considera “atención urgentemente necesaria” y cumple con las normas a continuación para recibir esta atención urgente.

Sección 3.2 Reciba atención cuando necesite servicios de urgencia

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) se considera servicio de necesidad urgente si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable recibir estos servicios de parte de proveedores de la red teniendo en cuenta el momento, el lugar y las circunstancias bajo las que esté. Algunos ejemplos de servicios de necesidad urgente son las enfermedades y las lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de dolencias existentes. Sin embargo, las consultas de rutina médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de necesidad urgente incluso si está fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no se encuentra disponible temporalmente.

Si necesita atención urgente, pero no está seguro de si se trata de una emergencia, llame primero a su PCP. Si no puede comunicarse con su PCP, llame a la línea de enfermería 24/7 al **1-833-835-6250 (TTY 711)**. Su PCP o la enfermera lo ayudará a que decida si necesita ir a la sala de emergencias, al consultorio de su PCP o a un centro de atención de urgencia cercano.

Si tiene una emergencia médica:

Pida ayuda lo más pronto posible. Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercanos. Llame a una ambulancia si es necesario. No es necesario obtener primero una aprobación o referencia médica de su PCP.

Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan esté al tanto de su emergencia. Necesitamos hacerle seguimiento a su atención de emergencia. Usted u otra persona deben informarnos sobre su atención médica de emergencia, por lo general, dentro de las primeras 48 horas. Sin embargo, no deberá pagar por los servicios de emergencia si se demoró en informarnos. Llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (los usuarios de TTY deberán llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas del 1.º de abril al 30 de septiembre de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y del 1.º de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Las llamadas a estos números son gratuitas. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios.

Nuestro plan cubre los servicios de emergencia y la atención urgente en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias: servicios de emergencia, que incluyen la atención de urgencia o de emergencia y el transporte de emergencia en ambulancia desde el lugar de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. No está cubierto el transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país. No se cubren los tratamientos preprogramados y planificados (incluida la diálisis para una enfermedad en curso) ni los procedimientos electivos.

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted seguirá teniendo derecho a recibir atención de parte de nuestro plan.

Visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/fl para obtener más información sobre cómo recibir la atención que necesite durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red con los costos compartidos dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, posiblemente pueda surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Capítulo 5, Sección 2.5.

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

Si pagó por sus servicios cubiertos o si recibe una factura por sus servicios médicos cubiertos, puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Vaya al Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener más información sobre qué hacer.

Sección 4.1 Si nuestro plan no cubre los servicios

AmeriHealth Caritas VIP Care cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en el cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o si recibe servicios fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Con respecto a los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, también deberá pagar el costo total de los servicios que recibe después de agotar su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Toda cantidad que pague por servicios después de haber alcanzado un límite de beneficio no se tendrá en cuenta para el máximo de gastos de 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 llamado *ensayo clínico*) es la forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, cómo funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica son aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare por lo

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

general solicitan la participación de voluntarios en ellos. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la que no se relaciona con el estudio) a través de nuestro plan.

Si usted participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare pagará la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio.

Si usted nos informa que está participando en un ensayo clínico calificado, solo será responsable de los costos compartidos dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó de más —por ejemplo, si ya pagó el monto de costo compartido de Original Medicare— le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá brindar la documentación que demuestre cuánto pagó.

Si usted quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que nos diga o que obtenga nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que brindan atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan ser parte de la red de nuestro plan. (Esto no aplica a los beneficios cubiertos que requieren que un ensayo clínico o registro evalúe el beneficio, incluidos ciertos beneficios que necesiten cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos de investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.)

Si bien no es necesario que obtenga el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos informe con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, que incluyen:

- Habitación y comida durante la admisión hospitalaria que Medicare pagaría aunque no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Como para todos los servicios cubiertos, usted no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos que reciba en el estudio de investigación clínica.

Cuando forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán por ninguno de los siguientes:**

- Por lo general, Medicare no pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio esté probando a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio incluso si no estuviera en un estudio.
- Artículos o servicios que solo se brindan para recopilar datos y no se utilizan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría tomografías computarizadas (TC) mensuales que sean parte del estudio si su afección normalmente requeriría solo una TC.
- Artículos y servicios brindados por patrocinadores de la investigación de forma gratuita a cualquier persona en el ensayo.

Obtenga más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare *Medicare and Clinical Research Studies* 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 recibir atención cubierta en una institución religiosa no médica de atención de la salud

Sección 6.1 Una institución religiosa no médica de atención de la salud

Una institución religiosa no médica de atención de la salud es una institución que brinda atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un establecimiento de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o establecimiento de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubriremos la atención en una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud. Este beneficio se solo brinda para los servicios a pacientes internados de la Parte A (servicios de salud no médicos).

Sección 6.2 Cómo recibir atención de parte de en una institución religiosa no médica de atención de la salud

Para recibir atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud debe firmar un documento legal que dice que se opone conscientemente a recibir tratamiento médico que **no esté exceptuado**.

- La atención o los tratamientos médicos que **no están exceptuados** se refieren a la atención o al tratamiento médico *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- La atención o el tratamiento médico **exceptuado** se refiere a la atención o el tratamiento médico que *no* es voluntario o es *obligatorio* según la legislación federal, estatal o local.

Para que nuestro plan la cubra, la atención que recibe de una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos de la atención *no religiosos*.
- Si recibe servicios de esta institución que se brindan en un centro de atención de la salud, se aplican las siguientes condiciones:
 - o Debe tener una enfermedad que le permita recibir servicios cubiertos de atención en un hospital o establecimiento de enfermería especializada.
 - o - y - Usted debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en el centro de salud o no cubriremos su admisión.

Se aplican límites de Medicare sobre la cobertura de la hospitalización. El límite de Medicare para la cobertura de la hospitalización se puede encontrar en el cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la propiedad del equipo médico duradero

Sección 7.1 No será dueño de algunos equipos médicos duraderos después de hacer un cierto número de pagos bajo nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos e insumos de oxígeno, sillas de ruedas, andaderas, sistemas de colchones eléctricos, muletas, insumos para diabéticos, dispositivos generadores de habla, bombas de infusión intravenosa (IV), nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre es dueño de algunos DME, como las prótesis. Debe alquilar otros tipos de DME.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pasan a ser dueñas del equipo después de pagar los copagos para este artículo durante 13 meses. **Como miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care, usted generalmente no pasa a ser dueño de los DME que haya alquilado sin importar cuántos copagos haya hecho como miembro de nuestro plan.** Los equipos no pasarán a ser de su propiedad, incluso si hizo hasta 12 pagos consecutivos por el DME bajo Original Medicare antes de unirse a nuestro plan. Bajo algunas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del equipo médico duradero. Llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener más información.

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

Si no adquirió la propiedad del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare para tener la propiedad del artículo. Los pagos previos que efectuó mientras estaba inscrito en nuestro plan no se tendrán en cuenta para estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se sumó a nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan. Deberá hacer 13 pagos a nuestro plan antes de ser propietario del artículo.

Ejemplo 2: Hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se sumó a nuestro plan. No recibió la propiedad del artículo mientras estuvo en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Deberá hacer 13 nuevos pagos consecutivos para ser propietario del artículo cuando se una de nuevo a Original Medicare. No cuenta ningún pago que ya haya hecho (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare).

SECCIÓN 7.2 Normas para equipos de oxígeno, insumos y mantenimiento

Si usted califica para la cobertura de Medicare de equipos de oxígeno, AmeriHealth Caritas VIP Care cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxígeno.
- Entrega de oxígeno y suministros de oxígeno.
- Tubos y accesorios relacionados para la entrega de oxígeno e insumos de oxígeno.
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno.

Si deja AmeriHealth Caritas VIP Care o el equipo de oxígeno ya no es médicamente necesario, entonces debe devolver el equipo de oxígeno.

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

Original Medicare requiere que un abastecedor de oxígeno le brinde servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquilará el equipo. Para los 24 meses restantes, el abastecedor brindará el equipo y el mantenimiento (usted seguiría siendo responsable del copago del oxígeno). Luego de 5 años, podrá elegir quedarse con la misma compañía o pasarse a otra. A esta altura, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si permanece con la misma compañía, y se le exige de nuevo que haga los copagos de los primeros 36 meses. Si se suma o deja nuestro plan, el ciclo de 5 años comenzará de nuevo.

CAPÍTULO 4:

Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto)

SECCIÓN 1 Cómo entender los servicios cubiertos

El cuadro de beneficios médicos enumera sus servicios cubiertos como miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care. Esta sección también le brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos.

Sección 1.1 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos

Como usted recibe ayuda de Medicaid, no paga nada por sus servicios cubiertos siempre y cuando siga las normas de nuestros planes para recibir la atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las normas de nuestros planes para recibir atención.)

- **Copago:** es el monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted realiza el copago en el momento en que recibe el servicio médico. (El cuadro de beneficios médicos le dará más información sobre sus copagos.)
- **Coaseguro:** el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga el coaseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (El cuadro de beneficios médicos le dará más información sobre su coaseguro.)

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

Nota: debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan alguna vez este gasto máximo de bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que contribuya al límite de los gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Los planes de Medicare Advantage tienen límites sobre la cantidad que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos cubiertos bajo la Parte A y la Parte B de Medicare

O por nuestro plan. Este límite se llama monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2026, el monto del MOOP es de \$9,250.**

Los montos que usted paga como coaseguro por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para este monto máximo de gastos de bolsillo. Los montos que usted paga por las primas del plan y los medicamentos de la Parte D no se tienen en cuenta para su monto máximo de gastos de bolsillo. Si alcanza el monto máximo de gastos de bolsillo de **\$9,250**, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B por usted).

SECCIÓN 2 El cuadro de beneficios médicos muestra sus beneficios médicos y costos

El cuadro de beneficios médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que AmeriHealth Caritas VIP Care cubre (la cobertura de medicamentos de la Parte D está en el Capítulo 5). Los servicios enumerados en el cuadro de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos:

- Sus servicios cubiertos de Medicare deben brindarse según las guías de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios (incluidos la atención médica, los servicios, los insumos, los equipos y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, insumos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de la práctica médica.
- Para los nuevos miembros, su plan de atención coordinada de MA debe brindar un periodo de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA no puede exigir autorización previa para ningún curso activo de tratamiento, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe la atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de atención de emergencia o de urgencia o que su plan o un proveedor de la red le haya dado una referencia médica. Esto significa que le paga al proveedor el valor completo de los servicios fuera de la red que reciba.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención.

- Algunos de los servicios enumerados en el cuadro de beneficios médicos se cubren solo si su médico u otro proveedor de la red recibe nuestra aprobación por adelantado (a veces llamada autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan la aprobación previa están marcados en el cuadro de beneficios médicos con un asterisco. Estos servicios que no están enumerados en el cuadro de beneficios médicos también necesitan autorización previa:
 - o Terapia con oxígeno hiperbárico.
 - o Bypass gástrico / Gastroscopia vertical con banda.
 - o Cirugía de párpados.
 - o Servicios de infusión en el hogar.
 - o Procedimientos que podrían considerarse estéticos.
 - o Cirugía para la apnea del sueño.
 - o Cirugía de la mandíbula y la articulación temporomandibular (ATM).
 - o Servicios de trasplante.
 - o Cirugía de venas varicosas.
 - o Instituciones religiosas no médicas para la atención de la salud (RNHCI).
 - o Uvulopalatofaringoplastia (UPPP).
- Si su plan de atención coordinada da su autorización previa para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida por una duración médicamente razonable y necesaria para evitar la interrupción de la atención de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor tratante.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos con receta. Medicaid cubre sus costos compartidos para los servicios de Medicare, incluidos el coaseguro y los deducibles. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como los *servicios de atención domiciliaria y en la comunidad*.
- Como todos los planes médicos de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y usted 2026*. Véalo en línea en www.Medicare.gov o pida una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Nosotros también cubrimos sin costo los servicios de atención médica preventiva que Original Medicare cubre sin costo para usted.

- Si Medicare agrega la cobertura de cualquier servicio nuevo en 2026, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirán los servicios.
- Este plan incluye tanto los beneficios de Medicare como algunos de los beneficios de Medicaid que no se ofrecen con Medicare. El cuadro de beneficios médicos a continuación enumera los beneficios de Medicare y los beneficios adicionales de Medicaid que están cubiertos.
- Si usted permanece en nuestro plan durante los 6 meses que se consideran para la elegibilidad continua, seguiremos brindando todos los beneficios cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este periodo, AmeriHealth Caritas VIP Care no cubrirá los beneficios de Medicaid que se incluyen en el Plan Estatal de Medicaid, ni pagaremos las primas de Medicare o los costos compartidos de los que, de otro modo, el estado sería responsable.

No paga nada por los servicios indicados en el cuadro de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Información importante sobre los beneficios para las personas que califican para recibir Ayuda Adicional:

- Si recibe Ayuda Adicional para pagar los costos de la cobertura de medicamentos de Medicare, puede ser elegible para otros beneficios complementarios específicos o costos compartidos reducidos específicos.

Información importante sobre los beneficios para los miembros con enfermedades crónicas

- Si se le ha diagnosticado alguna/s de las siguientes afecciones crónica/s indicadas a continuación y cumple con ciertos criterios, puede tener derecho a los beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos.
 - o Trastornos cardiovasculares, afecciones de salud mental crónicas e incapacitante, enfermedad gastrointestinal crónica (limitada a enfermedad hepática terminal), trastornos pulmonares crónicos (limitados al trastorno pulmonar obstructivo crónico), insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad de tejido conectivo, demencia, diabetes mellitus, sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico y derrame cerebral.
 - o La afección debe ser mortal o limitar en gran medida la salud o función general del miembro; el miembro debe correr un alto riesgo de hospitalización u otros resultados médicos adversos, y el miembro debe necesitar la coordinación de cuidados intensivos. El plan revisará criterios objetivos para determinar la elegibilidad de un miembro. Para más información o para comprobar su elegibilidad, los miembros deberán contactar al plan.

- Para obtener más detalles, vaya a la fila *Beneficios suplementarios especiales para los enfermos crónicos* en el cuadro de beneficios médicos a continuación.
- Comuníquese con nosotros para conocer exactamente los beneficios para los que podría ser elegible.



Esta manzana muestra los servicios preventivos en el cuadro de beneficios médicos.

Servicios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Examen de detección de aneurisma de la aorta abdominal Un examen único de ultrasonido para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y obtiene una referencia médica de su médico, auxiliar médico, enfermero profesional o especialista en enfermería clínica.	No hay coaseguro, copago o deducible para los beneficiarios elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para dolor lumbar crónico. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Cobertura de hasta 12 sesiones en 90 días bajo las siguientes circunstancias: A efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define de la siguiente forma: • duración de 12 semanas o más; • no específico, ya que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado a una enfermedad metastática, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no asociado a una cirugía, y • no asociado a un embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que demuestren mejoras. No se pueden suministrar más de 20 tratamientos de acupuntura anuales. El tratamiento deberá interrumpirse si el paciente no mejora o empeora.	No hay coaseguro, copago o deducible para las sesiones de acupuntura cubiertas por Medicare. No hay coaseguro, copago o deducible para las sesiones de acupuntura de rutina.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Requisitos para los proveedores: Los médicos —según la definición de 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley)— pueden ofrecer acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), los enfermeros profesionales (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (como se identifican en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden realizar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen lo siguiente: • un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una facultad acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM), y • una licencia actualizada, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en el estado, territorio o Commonwealth (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que realiza la acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, un PA o un NP/CNS, tal como lo requieren nuestros reglamentos en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27. Hasta un total combinado de 20 sesiones de acupuntura y quiropraxia de rutina (no Medicare) médicamente necesarias al año.	
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no emergencia, incluyen servicios de ambulancia de ala fija, ala rotativa y terrestre al centro médico adecuado más cercano y que esté equipado para brindar atención a un miembro cuya afección sea tal que otros medios de transporte	* No hay coaseguro, copago o deducible por los servicios de ambulancia. *

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
podrían poner en peligro la salud de la persona o si así lo autoriza el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se deberá documentar que la afección del miembro es tal que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte por ambulancia es médicamente necesario. *Se requiere autorización previa para servicios de ambulancia que no son de emergencia. *Las solicitudes de ambulancia que no son de emergencia entre un establecimiento de cuidados agudos y uno de cuidados semiagudos no requieren autorización previa. Medicare por aire y tierra. Puede exigirse una autorización previa.	
 Consulta anual de rutina Si usted ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede realizar una consulta anual de rutina para crear o actualizar un plan de prevención personalizado con base en su salud actual y factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses. Nota: su primera consulta anual de rutina no puede realizarse dentro de los primeros 12 meses desde su consulta preventiva de <i>bienvenida a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de <i>bienvenida a Medicare</i> para tener cobertura de las visitas anuales de rutina después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No hay coaseguro, copago o deducible para la consulta anual de rutina.
 Densitometría ósea Para las personas calificadas, (generalmente, se refiere a personas en riesgo de perder masa ósea o riesgo de osteoporosis) los siguientes servicios se cubren cada 24 meses o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad	No hay coaseguro, copago o deducible para la densitometría ósea cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
ósea, incluida la interpretación de un médico de los resultados.	
 Pruebas de detección del cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía de referencia entre los 35 y los 39 años. • Una mamografía cada 12 meses para mujeres de 40 años o más. • Exámenes médicos de mamas una vez cada 24 meses.	No hay coaseguro, copago o deducible para las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios físicos, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplan con ciertas condiciones y que tengan la orden de un médico. Nuestro plan también cubre los programas de rehabilitación cardíaca intensiva que son típicamente más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. *Se requiere una autorización previa	No hay coaseguro, copago o deducible para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. *
 Consulta de reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta al año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede hablar sobre el uso de la aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo saludable.	No hay coaseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas a un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coaseguro, copago o deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.
 Pruebas de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: Las citologías vaginales y los exámenes pélvicos se cubren una vez cada 24 meses. • Si tiene un alto riesgo de padecer cáncer cervical o vaginal o está en edad reproductiva y ha tenido una citología vaginal anormal dentro de los últimos 3 años: una citología vaginal cada 12 meses.	No hay coaseguro, copago o deducible para las citologías vaginales y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación. Hasta un total combinado de 20 sesiones de acupuntura y quiropraxia de rutina (no Medicare) médicamente necesarias al año.	No hay coaseguro, copago o deducible para las consultas quiroprácticas cubiertas por Medicare.
Servicios de tratamiento y manejo del dolor crónico Servicios cubiertos para las 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 medicamentos y coordinación y planificación de la atención.	Los costos compartidos para este servicio varían de acuerdo con los servicios individuales brindados bajo el curso de tratamiento. No hay coaseguro, copago o deducible para el tratamiento del dolor crónico cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Prueba de detección de cáncer colorrectal Se cubren las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no tengan un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no tengan un alto riesgo de 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 a partir de los 45 años que no corran un alto riesgo de padecer cáncer colorrectal y estén cubiertos cuando hayan pasado por lo menos 59 meses después del mes en que se hizo la última colonografía por tomografía computarizada o hayan pasado 47 meses después del mes en que se hizo la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para los pacientes que corren un alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, se puede hacer el pago por una colonografía por tomografía computarizada realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en que se hizo la última colonografía por tomografía computarizada o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no corran un alto riesgo después de haberse hecho una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses.	No hay coaseguro, copago o deducible para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare, si su médico encuentra y elimina un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen diagnóstico.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
• ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan con criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan con criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare muestre un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia planificada que involucra la eliminación de tejido u otra materia, u otro procedimiento hecho en relación con el mismo encuentro clínico, o como resultado de este, donde se llevó a cabo la prueba de detección.	
Servicios odontológicos En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes odontológicos de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales bajo una cantidad limitada de circunstancias, específicamente cuando ese servicio forma parte esencial del tratamiento específico de la enfermedad principal de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales de preparación para el tratamiento con radiación del cáncer que implica la mandíbula o los exámenes bucales antes de un trasplante de órgano. Además, cubrimos lo siguiente: <u>Preventivos:</u> Los beneficios dentales preventivos incluyen los siguientes servicios: • Exámenes bucales: 1 cada 6 meses	No hay coaseguro, copago o deducible por los servicios dentales integrales y preventivos indicados cubiertos por Medicare. * La atención dental preventiva cuesta \$0

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
• Limpiezas: 1 cada 6 meses • Tratamiento con flúor: 1 cada 6 meses • Radiografías dentales - o 1 radiografía de toda la boca y 1 radiografía panorámica cada 5 años - o Hasta 6 radiografías de mordida o periapicales cada año. <u>Integrales:</u> El total combinado de beneficios odontológicos integrales no puede exceder los \$2,500 cada año. El total de beneficios odontológicos integrales incluye los siguientes servicios hasta un límite anual combinado de \$2,500 cada año: • Restauraciones menores (empastes). • Endodoncia: Se aplican límites al servicio. 1 por pieza dental de por vida. Se requieren radiografías pre y postoperatorias. • Periodoncia: Se aplican límites al servicio. Raspado y alisado radicular: 1 cada 24 meses por cuadrante. Desbridamiento, una vez por año. Raspado cuando existe inflamación gingival una vez al año. • Dentaduras postizas, 1 por arco cada 5 años. • Reparación y alineación de dentaduras postizas, 1 por año. • Miniimplantes (solo arco inferior) y dentadura postiza soportada por implantes (solo arco inferior), 1 cada 5 años. • Coronas, 1 cada 5 años por pieza dental. No más de 4 por año calendario con no más de 2 coronas por arco por año. • Extracciones: 1 por pieza dental de por vida. • Otras cirugías orales, se aplican límites. Se necesita autorización previa. No están cubiertos los puentes fijos ni ninguno de los demás implantes dentales (excepto los miniimplantes).	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Se requiere autorización previa para endodoncia, periodoncia, dentadura postiza, miniimplantes, coronas y extracciones.	
 Pruebas de detección de la depresión Cubrimos una prueba de detección de la depresión por año. La prueba de detección debe hacerse en un entorno de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento o referencias médicas.	No hay coaseguro, copago o deducible para una consulta anual para detectar la depresión.
 Pruebas de detección de la diabetes Cubrimos esta prueba de detección (que incluye pruebas de glucosa en ayuno) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de azúcar alta en la sangre (glucosa). Las pruebas también se pueden cubrir si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Puede cumplir con los requisitos para un máximo de 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No hay coaseguro, copago o deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios e insumos para diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que utilicen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para monitorear su glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para glucosa en sangre, lancetas y dispositivos para lancetas, y soluciones para el control de la glucosa para controlar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para las personas con diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida	No hay coaseguro, copago o deducible para los servicios e insumos para la diabetes. Hay un coaseguro del 20% que se puede facturar al plan de Medicaid por las marcas no preferidas de insumos para la diabetes. * No hay coaseguro, copago o deducible para la capacitación

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
(con plantillas) por año calendario y 2 pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos de profundidad y 3 pares de plantillas (no se incluyen las plantillas estándares removibles que vienen con ese calzado). La cobertura incluye el ajuste personal. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes se cubre bajo ciertas condiciones. • Monitores continuos de glucosa (MCG) y los accesorios acompañantes. *Se requiere autorización previa para marcas no preferidas de insumos para la diabetes. **Se requiere autorización previa para los monitores continuos de glucosa e insumos preferidos y no preferidos. Las marcas no preferidas y todos los monitores continuos de glucosa requerirán autorización previa y tienen un coaseguro del 20% (hasta que el beneficiario alcance el límite su monto máximo de gastos de bolsillo). Las marcas preferidas tienen un copago de \$0.	para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare. Todos los monitores continuos de glucosa (preferidos y no preferidos) y los insumos acompañantes tendrán un coaseguro del 20% que se puede facturar a su plan de Medicaid. **
Equipo médico duradero (DME) e insumos relacionados Para leer una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3. Estos son algunos de los artículos cubiertos: silla de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, insumos para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andaderas. Cubrimos todos los equipos médicos duraderos médicamente necesarios que Original Medicare cubre. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante determinados, puede preguntarles si es posible que realicen un pedido especial para usted.	No hay coaseguro, copago o deducible para los equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare. * Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es de \$0.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
*Se necesita una autorización previa para: • Los artículos de DME cubiertos por Medicare por un valor superior a \$750 por compra. • Artículos de alquiler y alquiler con opción a compra. • La compra de todas las sillas de ruedas (motorizadas y manuales) y todos los accesorios de sillas de ruedas (componentes) sin importar el costo por artículo. • Suplementos para alimentación por sonda nasogástrica.	
Atención médica de emergencia La atención médica de emergencia se refiere a estos servicios: • Brindados por un proveedor habilitado para ofrecer servicios de emergencia, y • Necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que empeora rápidamente. Los costos compartidos por los servicios de emergencia necesarios que reciba fuera de la red son los mismos que para los servicios dentro de la red. Usted tiene cobertura de atención de emergencia en todo el mundo. Si tiene una emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios, usted deberá pagar por adelantado los servicios prestados. Deberá pedirle	No hay coaseguro, copago o deducible para la atención de emergencia cubierta por Medicare. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que su afección de emergencia se estabiliza, <i>debe</i> recibir la atención como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red con autorización de nuestro plan, y el costo sería el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
a nuestro plan que le haga un reembolso. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7. Es posible que no le reembolsemos todos los gastos de bolsillo. Esto se debe a que nuestras tarifas contratadas pueden ser inferiores a las de los proveedores fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Usted es responsable de cualquier costo que supere nuestras tarifas contratadas, así como de cualquier costo compartido del miembro aplicable. • Esto incluye la atención de emergencia o de necesidad urgente y el transporte de emergencia en ambulancia desde el lugar de la emergencia hacia el centro de tratamiento médico más cercano. • No está cubierto el transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país. • No se cubren los tratamientos preprogramados y planificados (incluida la diálisis para una enfermedad en curso) ni los procedimientos electivos. • No están cubiertos los procedimientos realizados por un dentista. Límite combinado de \$50,000 (USD) al año para emergencias, servicios de atención de urgencia y servicios de ambulancia de emergencia brindados fuera de los Estados Unidos y sus territorios.	
 Programas de educación para la salud y el bienestar SilverSneakers® es un beneficio de salud física que incluye el acceso a los centros de actividad física, los recursos de bienestar en línea y las clases de SilverSneakers.	No hay coaseguro, copago o deducible para el beneficio de fitness.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios para la audición Las evaluaciones de diagnóstico de la audición y el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las recibe de parte de un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. Cubrimos: • Examen de audición de rutina (hasta uno al año). • Hasta \$2,000 para cubrir el costo de dos [2] audífonos no implantables avanzados de la marca TruHearing cada año (límite de 1 audífono por oído). Luego del beneficio pagado por el plan, usted es responsable de los costos restantes. * Debe acudir a un proveedor de TruHearing para utilizar este beneficio. La compra de audífonos incluye lo siguiente: • Primeros 12 meses de consultas de seguimiento con el proveedor. • Periodo de prueba de 60 días. • Garantía ampliada de 3 años. • 80 baterías por audífono para modelos no recargables. Los costos asociados a los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan. * Por costos restantes se entiende cualquier cantidad que supere su asignación. El beneficio no incluye ni cubre ninguno de los siguientes: • Medicamentos de venta libre (OTC). • Audífonos. • Moldes de oído. • accesorios para audífonos.	No hay coaseguro, copago o deducible por servicios de audición. Los costos que pague por los servicios de audición, incluidos los copagos de los exámenes de audición y los costos de los audífonos, no se tendrán en cuenta para el máximo de bolsillo.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
- consultas adicionales con proveedores. - Baterías de audífonos (que superen las 80 baterías gratuitas por audífono no recargable comprado). - Baterías adicionales cuando se compra un audífono recargable. - Audífonos que no sean audífonos avanzados de la marca TruHearing. - Costos asociados con reclamos de garantía por pérdida y daño. \$0 de copago por hasta tres ajustes de audífonos cada tres años. \$0 de copago por 80 baterías por audífono para modelos no-recargables cada tres años.	
 Prueba de detección del VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos: - Una prueba de detección cada 12 meses. - Si está embarazada, cubrimos: Hasta 3 pruebas de detección durante un embarazo.	No hay coaseguro, copago o deducible para los miembros elegibles para las pruebas de detección preventivas de VIH cubiertas por Medicare.
Atención de parte de una agencia de salud a domicilio Antes de recibir servicios médicos en su hogar, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y ordenará que una agencia médica a domicilio brinde los servicios. Debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de su casa representa un gran esfuerzo. Estos son algunos de los servicios cubiertos: Servicios de jornada parcial o intermitentes de enfermería especializada y de auxiliar de salud a domicilio (para que los servicios de enfermería	No hay coaseguro, copago o deducible para la atención de parte de una agencia de salud a domicilio cubierta por Medicare. *

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
especializada y de asistencia médica estén cubiertos de acuerdo con el beneficio de atención médica a domicilio, el tiempo total combinado debe ser de menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos e insumos médicos. *Se requiere una autorización previa	
Terapia intravenosa a domicilio La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes que se necesitan para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipamiento (por ejemplo, una bomba) y los insumos (por ejemplo, tubos y catéteres). Estos son algunos de los servicios cubiertos: • Los servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de acuerdo con nuestro plan de atención. • La capacitación y la educación del paciente que no estén cubiertas de otra forma según el beneficio de equipo médico duradero. • El monitoreo remoto. • Los servicios de control para la administración de la terapia de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor de terapia de infusión a domicilio calificado. *Puede necesitarse una autorización previa	No hay coaseguro, copago o deducible para el beneficio de terapia de infusión a domicilio. *
Atención para enfermos terminales Usted es elegible para el beneficio de atención para enfermos terminales cuando su médico y el director	Cuando se inscribe en un programa de atención para enfermos terminales certificado por Medicare, Original Medicare

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
médico del centro para enfermos terminales le han dado un diagnóstico terminal que certifica que está enfermo y tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad transcurre su curso normal. Usted puede recibir atención en cualquier programa de atención para enfermos terminales certificado por Medicare. Nuestro plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas de atención para enfermos terminales certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos nuestros propios programas o aquellos que controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de atención para enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio de dolor • Atención de relevo a corto plazo • Atención domiciliaria Cuando lo ingresan en un centro de atención para enfermos terminales, tiene derecho a mantenerse en nuestro plan; si permanece en nuestro plan, debe seguir pagando las primas del plan. Para los servicios de atención para enfermos terminales y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare relacionados con su diagnóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de atención para enfermos terminales por sus servicios y cualquier otro servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico terminal. Mientras esté en el programa de atención para enfermos terminales, su proveedor de servicios le facturará a Original Medicare los servicios que paga Original Medicare. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. Para los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y no se relacionan con su	paga sus servicios de atención para enfermos terminales y los servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su diagnóstico terminal, no AmeriHealth Caritas VIP Care.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
diagnóstico terminal: Si usted necesita servicios que no son de emergencia, servicios que no son urgentes y que están cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare y que no se relacionan con su diagnóstico 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 (por ejemplo, si es necesario obtener una autorización previa). • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para recibir los servicios, solo pagará el monto de los costos compartidos de nuestro plan para los servicios de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido bajo Original Medicare. Para los servicios cubiertos por AmeriHealth Caritas VIP Care sin cobertura de la Parte A o B de Medicare: AmeriHealth Caritas VIP Care seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos bajo la Parte A o la Parte B sin importar si se relacionan o no con su diagnóstico terminal. Usted paga el monto de los costos compartidos de nuestro plan por estos servicios. Para los medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su enfermedad terminal, deberá pagar el costo compartido. Si están relacionados con su enfermedad terminal, entonces pagará el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca son cubiertos por el plan de atención para enfermos terminales y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4. Nota: Si necesita atención que no es para enfermos terminales (atención que no se relaciona con su	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
diagnóstico terminal), comuníquese con nosotros para organizar los servicios.	
 Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: • Vacuna contra la neumonía. • Inyecciones contra la gripe/influenza (o vacunas), una vez por temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con inyecciones adicionales (o vacunas) contra la gripe si son médicamente necesarias. • Vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo elevado o intermedio de contraer la enfermedad. • Vacunas contra la COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y las vacunas cumplen con las normas de cobertura de Medicare Parte B. También cubrimos la mayoría de las vacunas bajo nuestros beneficios de farmacia de la Parte D. Para más información, consulte el Capítulo 6, Sección 8.	No hay ningún coaseguro, copago o deducible para las vacunas contra la neumonía, gripe/influenza, hepatitis B y COVID-19.
Atención médica hospitalaria Incluye la hospitalización aguda, hospitalización para rehabilitación, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización. La hospitalización comienza el día en que es formalmente admitido en el hospital por orden del médico. El día anterior a recibir el alta es su último día de hospitalización. Estos son algunos de los servicios cubiertos: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluso dietas especiales. • Servicios de enfermería habituales. • Costos de las unidades de cuidados especiales (como la unidad de cuidados intensivos o unidad coronaria).	No hay coaseguro, copago o deducible para la atención médica hospitalaria cubierta por Medicare por admisión. * Si usted recibe atención médica hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que su afección de emergencia se estabiliza, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
• Medicamentos y fármacos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Insumos médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de operación y sala de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias tóxicas. • Los siguientes tipos de trasplantes se cubren bajo ciertas condiciones: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestino/vísceras múltiples. Si necesita un trasplante, haremos que un centro de trasplante aprobado por Medicare revise su caso, y este decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, usted puede elegir el servicio local siempre que los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si AmeriHealth Caritas VIP Care ofrece servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted decide realizar el trasplante en este lugar distante, nosotros haremos los arreglos o pagaremos los costos del transporte y alojamiento adecuados para usted y un acompañante. • Sangre: incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos solo comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar el costo de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o usted o alguien más deben donar la sangre. Los demás	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
componentes de sangre están cubiertos desde la primera pinta. • Servicios de médicos Nota: Para ser admitido en el hospital, su proveedor debe escribir una orden para internarlo formalmente en el hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es probable que aún se lo considere un paciente ambulatorio. Si no sabe bien si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios de hospital de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. *Se requiere una autorización previa	
Servicios hospitalarios en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren admisión hospitalaria. *Se requiere autorización previa por admisión	No hay coaseguro, copago o deducible para la atención hospitalaria en un hospital psiquiátrico cubierta por Medicare por admisión.
Estadía hospitalaria: servicios cubiertos que recibe en un hospital o establecimiento de enfermería especializada (SNF) durante una estadía hospitalaria no cubierta. Si ha agotado sus beneficios de hospitalización o si la estadía hospitalaria no es razonable ni necesaria, no la cubriremos. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en un establecimiento de enfermería especializada (SNF). Estos son algunos de los servicios cubiertos: • Servicios de médicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio)	No hay coaseguro, copago o deducible por servicios de hospitalización cubiertos durante una estadía hospitalaria no cubierta.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
• Radiografías, radioterapia y terapia de isótopos, incluidos materiales y servicios brindados por el técnico. • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Prótesis y dispositivos ortopédicos (excepto odontológicos) que reemplazan un órgano interno del cuerpo total o parcialmente (incluido tejido contiguo), o toda o parte de la función de un órgano interno que no funciona o funciona mal de manera permanente, incluido el reemplazo o la reparación de estos dispositivos. • Pierna, brazo, espalda y cuello ortopédicos; bragueros; piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos requeridos por rotura, desgaste, pérdida o un cambio en la afección física del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. *La mayoría de los servicios de laboratorio requieren una autorización previa. Algunos servicios de laboratorios especializados (por ejemplo, servicios de laboratorio para análisis genéticos) pueden requerir autorización previa. Su proveedor deberá llamar a AmeriHealth Caritas VIP Care para confirmar si es necesaria una autorización. *Algunos servicios, como la fisioterapia, la terapia del habla y la terapia ocupacional requieren que su proveedor de la red obtenga la autorización previa del plan. *Se requiere autorización previa para prótesis e insumos médicos cubiertos por Medicare.	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
*Se requiere autorización previa para prótesis e insumos médicos de venta y alquiler cubiertos por Medicare.	
Beneficio de comidas El beneficio de comidas posteriores al alta cubre 14 comidas en una semana para miembros calificados confinados en casa, después de cada alta de un centro de hospitalización o un establecimiento de enfermería especializada. Hasta cuatro veces al año inmediatamente después de una cirugía u hospitalización. Se requiere referencia médica.	No hay coaseguro, copago o deducible para los miembros elegibles para el beneficio de comidas posteriores al alta.
 Terapia de nutrición médica Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo ordene su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personal durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare (esto incluye nuestro plan y cualquier otro plan de Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año luego de eso. Si hay un cambio en su enfermedad, tratamiento o diagnóstico, puede recibir más horas de tratamiento con una orden médica. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la orden anualmente si necesita tratamiento en el año calendario siguiente.	No hay coaseguro, copago o deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del MDPP están cubiertos para las personas elegibles en todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada para el cambio conductual de salud que ofrece capacitación práctica en cambios de dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los retos a mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No hay coaseguro, copago o deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos bajo la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra, y que se inyectan o administran por infusión mientras usted está recibiendo servicios de un médico, de un hospital como paciente ambulatorio o de un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios. • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que toma usando equipos médicos duraderos (como nebulizadores) que nuestro plan autorizó. • El medicamento para el alzhéimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra de manera intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite análisis y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos totales. Hable con su médico sobre los análisis y las pruebas que puede necesitar como parte de su tratamiento.	No hay ningún coaseguro, copago o deducible por el beneficio de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. * Algunos medicamentos tienen un coaseguro del 20% bajo la Parte B. Sin embargo, debe entregar su tarjeta de Medicaid a su farmacéutico para que facture ese coaseguro del 20% a su proveedor de Medicaid. El costo compartido de la insulina está sujeto a un límite de coaseguro de \$35 por un suministro de insulina para un mes, y no aplican los deducibles de nivel del plan o la categoría del servicio específico.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
• Factores de coagulación que usted mismo se inyecta si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre la terapia farmacológica para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y la Parte B al recibir los medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare es para los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que están relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona con instrucción adecuada (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo supervisión apropiada. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible de forma inyectable o el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que nuevos medicamentos orales contra el cáncer estén disponibles, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D lo hará. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas utilizados como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las primeras 48 horas posteriores a la quimioterapia o	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
si se utilizan como sustituto terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos bajo la Parte B de Medicare. • Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato bajo el sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, que incluyen heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y anestésicos tópicos. • Agentes estimuladores de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina por inyección si tiene una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones específicas, como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o metoxi-polietilenglicol epoetina beta.* • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. • Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y por sonda). También cubrimos algunas vacunas bajo la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de farmacia de la Parte D. El Capítulo 5 explica nuestros beneficios de farmacia de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para obtener la cobertura de las recetas médicas. En el Capítulo 6 se explica lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan. *Se requiere una autorización previa	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Línea de enfermería La línea de enfermería 24/7 es un servicio disponible para todos los miembros las 24 horas del día, los siete días de la semana. Este servicio está diseñado para que los miembros hagan consultas relacionadas con la salud y obtengan recomendaciones sobre el nivel apropiado de cuidado. Para comunicarse con la línea de enfermería 24/7, llame al 1-833-835-6250 (TTY 711).	No hay coaseguro, copago o deducible para la línea de enfermería.
 Pruebas de evaluación y tratamiento de la obesidad para promover la pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudar a que baje de peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su proveedor de atención primaria o profesional médico para obtener más información.	No hay coaseguro, copago o deducible para las pruebas de evaluación y tratamiento para prevenir la obesidad.
Servicios del programa de tratamiento contra el uso de opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir la cobertura de los servicios para tratar el OUD a través de un programa de tratamiento contra los opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT). • Suministro y administración de medicación para el MAT (si corresponde). • Asesoramiento por consumo de sustancias.	No hay ningún coaseguro, copago o deducible por los servicios del programa de tratamiento contra los opioides.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
• Terapia individual y grupal. • Pruebas toxicológicas. • Actividades de admisión. • Evaluaciones periódicas.	
Exámenes de diagnóstico y servicios e insumos terapéuticos como paciente ambulatorio Estos son algunos de los servicios cubiertos: • Radiografías. • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos los materiales e insumos del técnico. • Insumos quirúrgicos, como apósitos. • Férulas, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Pruebas de laboratorio • Sangre: incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos solo comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar el costo de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o usted o alguien más deben donar la sangre. Los demás componentes de sangre están cubiertos desde la primera pinta que use. • Pruebas diagnósticas que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones cuando su médico u otro proveedor médico las ordene para tratar un problema médico. • Otras pruebas de diagnóstico como paciente ambulatorio. *No todos los procedimientos, las pruebas y los servicios de laboratorio ambulatorios para diagnóstico requerirán autorización previa. La mayoría de los servicios de laboratorio no requieren autorización previa. Algunos servicios de laboratorios especializados (por ejemplo, servicios de laboratorio para análisis	No hay coaseguro, copago o deducible para las pruebas/procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare** No hay coaseguro, copago o deducible para los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare* No hay coaseguro, copago o deducible por los servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare** No hay coaseguro, copago o deducible por los servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare** No hay coaseguro, copago o deducible por los servicios de radiografía cubiertos por Medicare**

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
genéticos) pueden requerir autorización previa. Pida a su proveedor que llame al plan para confirmar si es necesaria una autorización previa. **No todos los servicios ambulatorios de diagnóstico, terapia o radiología, y radiografía requerirán autorización previa. La mayoría de los servicios radiológicos no necesitan una autorización previa. Se requiere autorización previa para algunos servicios de radiografía especializados. Pida a su proveedor que llame al plan para confirmar si es necesaria una autorización previa.	
Observación en hospital para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si se le puede dar el alta. Para que los servicios ambulatorios de observación hospitalaria estén cubiertos, estos deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando los brinda un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar exámenes ambulatorios. Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los costos compartidos por los servicios de hospital para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es probable que aún se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital.	No hay coaseguro, copago o deducible por los servicios de observación en hospital para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios de hospital de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. No se requiere autorización previa para los servicios de observación.	
Servicios hospitalarios ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Estos son algunos de los servicios cubiertos: • Servicios en un departamento de emergencia o clínica ambulatoria, tales como servicios de observación o cirugía ambulatoria. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluso la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se necesitaría tratamiento como paciente hospitalizado sin la hospitalización parcial. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Insumos médicos como férulas y yesos. • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo. Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los costos compartidos por los servicios de hospital para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es probable que aún se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro si es un	No hay ningún coaseguro, copago o deducible por los servicios de hospital para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare. *

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada <i>¿Usted es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar a estos números de forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana. *Puede necesitarse una autorización previa	
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental brindados por un psiquiatra o médico con licencia del estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional con licencia (LPC), terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de la salud mental calificado por Medicare según las leyes estatales vigentes. • Las sesiones de terapia individual están cubiertas por Medicare. • Las sesiones de terapia grupal están cubiertas por Medicare. • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias tóxicas. • Terapia individual y grupal. • Pruebas toxicológicas.	No hay coaseguro, copago o deducible por la atención de salud mental para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en varios entornos ambulatorios, como departamentos para pacientes ambulatorios del hospital, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF). *Se requiere una autorización previa	No hay coaseguro, copago o deducible por los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.*
Servicios ambulatorios para trastornos por uso de sustancias • Las sesiones de terapia individual están cubiertas por Medicare. • Las sesiones de terapia grupal están cubiertas por Medicare. *Puede necesitarse una autorización previa. Nota: No todos los servicios ambulatorios para el abuso de sustancias tóxicas requerirán una autorización. Pídale a su proveedor que llame al plan para confirmar si es necesaria una autorización.	No hay ningún coaseguro, copago o deducible por los servicios ambulatorios para tratar el abuso de sustancias tóxicas cubiertos por Medicare.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en las instalaciones de un hospital para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios Nota: Si se va a someter a una cirugía en las instalaciones de un hospital, debe preguntarle a su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los costos compartidos por los servicios de cirugía ambulatoria del hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es probable que aún se lo considere un paciente ambulatorio. *Puede ser necesaria una autorización previa para los servicios de un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios.	No hay coaseguro, copago o deducible por las visitas ambulatorias al hospital cubiertas por Medicare. * No hay coaseguro, copago o deducible por las visitas a un centro quirúrgico ambulatorio cubiertas por Medicare. *
Artículos de venta libre (OTC) Hasta \$80 por mes para gastar en artículos de venta libre elegibles como vitaminas, analgésicos, remedios para el resfrío y más. Los fondos se cargan cada mes en una tarjeta de débito emitida por el plan. • Los miembros pueden comprar a través del catálogo de OTC o en establecimientos minoristas participantes. • No hay límite en el total de artículos o pedidos. • El dinero que no se use expira al final de cada mes o, al cancelar la inscripción en el plan, se puede gastar en artículos de venta libre (OTC) específicos aprobados por Medicare incluidos en el catálogo de OTC, en el portal de pedidos en línea o en artículos calificados en establecimientos minoristas participantes a través de una tarjeta de débito de gasto restringido.	No hay ningún coaseguro, copago o deducible para los artículos OTC cubiertos.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Naloxone se cubre como beneficio de OTC de la Parte C. La terapia de reemplazo de la nicotina (NRT) ofrecida no duplica ningún artículo de venta libre o del formulario de la Parte D. No hay límite en la cantidad total de artículos que un miembro puede comprar o de pedidos que puede hacer. El saldo que no se use expirará automáticamente al final de cada mes o al darse de baja del plan.	
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos <i>La hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se ofrece como un servicio ambulatorio en un hospital o centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado y es una alternativa a la hospitalización. <i>El servicio ambulatorio intensivo</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) brindado en el departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud con calificación federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su terapeuta médico, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que una hospitalización parcial. *Se requiere una autorización previa	No hay coaseguro, copago o deducible por los servicios de hospitalización parcial y ambulatorios intensivos cubiertos por Medicare.*
Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS) Sistema de monitoreo de alertas médicas que brinda acceso a asistencia las 24 horas al día, los 7 días a la semana, con solo apretar un botón.	No hay coaseguro, copago o deducible para el beneficio del PERS.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Ofrecemos diversos estilos, incluido un dispositivo activado por móvil. Un dispositivo al año.	
Servicios de médico/profesional médico, incluidas las visitas al consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Atención médica o servicios de cirugía médicamente necesarios en un consultorio médico, centro de cirugía ambulatoria certificado, departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otro lugar. • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP, si su médico los ordena para evaluar si necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud, que incluyen consulta médica, de asesoramiento o psiquiátrica con un médico. Usted tiene la opción de recibir estos servicios por medio de una visita en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por medio de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca telesalud. Ofrecemos a todos los miembros acceso las 24 horas del día, los siete días de la semana, durante todo el año a un médico de la red a través de teléfono, computadora o dispositivo móvil. Los miembros tienen la posibilidad de acceder inmediatamente a una consulta médica, de asesoramiento o psiquiátrica con un médico. Los miembros también pueden coordinar una consulta de telemedicina para más adelante. • Servicios de telesalud para visitas mensuales por enfermedad renal en etapa terminal para miembros que realizan diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal con base hospitalaria o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el domicilio del miembro.	No hay coaseguro, copago o deducible por cada visita al proveedor de atención primaria cubierta por Medicare. No hay coaseguro, copago o deducible por cada visita al especialista cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un derrame cerebral independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias tóxicas o un trastorno mental concurrente, independientemente de su ubicación. • Servicios de telemedicina para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de enfermedades de salud mental si: ○ Tiene una consulta en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera consulta de telemedicina. ○ Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telemedicina. ○ Puede haber excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias. • Servicios de telemedicina para consultas de salud mental brindados por clínicas rurales de salud y centros de salud federalmente calificados • Chequeos rápidos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico con una duración de 5 a 10 minutos si: ○ no es paciente nuevo, y ○ el chequeo rápido no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días, y ○ el chequeo rápido no resulta en una visita al consultorio dentro de las primeras 24 horas o en la cita más cercana disponible. • Evaluación de un video o imágenes que usted le envía a su médico e interpretación y seguimiento por parte del médico dentro de las primeras 24 horas si: ○ no es un paciente nuevo, y ○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días, y	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
- o la evaluación resulta en una visita al consultorio dentro de las primeras 24 horas o en la cita más cercana disponible. • Consultas que su médico realiza con otros médicos por teléfono, internet o copia electrónica de su registro médico. • Segunda opinión de <i>otro proveedor de la red</i> antes de la cirugía.	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo). • Cuidado de rutina de los pies para los miembros con ciertas enfermedades médicas que afectan a las extremidades inferiores. Nuestro plan cubre 12 sesiones de rutina anuales para el cuidado de los pies.	No hay coaseguro, copago o deducible por cada consulta al podólogo cubierta por Medicare.
 Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que corre un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de la profilaxis preexposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos de PrEP inyectables u orales aprobados por la FDA. Si va a recibir un medicamento inyectable, también cubrimos la tarifa por inyectar el medicamento. • Hasta 8 sesiones de terapia individual, que incluyen evaluación de riesgo de VIH, reducción de riesgo de VIH y adherencia a la medicación, cada 12 meses.	No hay coaseguro, copago o deducible para el beneficio de la PrEP.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Hasta 8 exámenes de detección del VIH cada 12 meses. Un examen de detección del virus de la hepatitis B por única vez.	
 Pruebas de detección de cáncer de próstata Para hombres a partir de los 50 años, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses: - Examen de tacto rectal. - Prueba del antígeno prostático específico (PSA).	No hay coaseguro, copago o deducible para una prueba anual de PSA.
Dispositivos protésicos y ortopédicos e insumos relacionados. Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos, además de bolsas de colostomía e insumos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, cuellos ortopédicos, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye determinados insumos relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos, y la reparación o reemplazo de dispositivos protésicos y ortopédicos. También incluye alguna cobertura luego de la eliminación de cataratas o la cirugía de cataratas; consulte la sección de <i>Cuidado de la vista</i> más adelante en esta tabla para más detalles. *Se necesita autorización previa para las prótesis e insumos médicos de venta y alquiler cubiertos por Medicare.	No hay coaseguro, copago o deducible para los dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.*
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de	No hay coaseguro, copago o deducible por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. *

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
moderada a muy grave y <i>una orden</i> para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica. *Se requiere una autorización previa	
 Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol Cubrimos una prueba de detección de consumo indebido de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que consumen alcohol de modo indebido, pero que no dependen del alcohol. Si obtiene un resultado positivo por consumo indebido de alcohol, puede recibir hasta 4 sesiones breves de asesoramiento presencial por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) brindadas por un médico calificado o un proveedor de atención primaria en un entorno de atención primaria.	No hay coaseguro, copago o deducible para las pruebas de detección y el asesoramiento preventivo para reducir el consumo indebido de alcohol cubiertos por Medicare.
 Pruebas de detección de cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Las personas calificadas tienen cobertura de una LDCT cada 12 meses. Los miembros elegibles son aquellas personas que tienen entre 50 y 77 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes/año o que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que obtienen una orden para una LDCT durante una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas al respecto que cumple con los criterios de Medicare para tales consultas y la lleva a cabo un médico o un profesional no médico calificado. <i>Para las detecciones de cáncer de pulmón de LDCT después del examen inicial de LDCT:</i> los miembros deben recibir una orden para una prueba de detección	No hay coaseguro, copago o deducible para la consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
de cáncer de pulmón de LDCT, que pueden obtener durante cualquier visita a un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado elige ofrecer una consulta de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y toma de decisiones compartidas para las consultas posteriores sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para tales consultas.	
 Examen de detección de infección con virus de hepatitis C Cubrimos un examen de detección de la hepatitis C si su médico de atención primaria y otro proveedor médico calificado ordena una y usted cumple con alguna de estas condiciones: • Corre un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilegales. • Le hicieron una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera que corre un alto riesgo, pagamos por un examen una vez. Si corre un alto riesgo (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas inyectables ilegales desde su última prueba negativa de hepatitis C), cubrimos exámenes anuales.	No hay coaseguro, copago o deducible para las pruebas de hepatitis C cubiertas por Medicare.
 Detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para la prevención de infecciones de transmisión sexual Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) para la clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas que corren un mayor riesgo de contraer una ETS cuando un médico de atención primaria es quien ordena las pruebas. Cubrimos estos exámenes una vez	No hay coaseguro, copago o deducible para el beneficio de prevención mediante pruebas de detección de ETS y asesoramiento para evitar las ETS cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones presenciales de asesoramiento conductual de alta intensidad, de 20 a 30 minutos de duración, cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer una ETS. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las brinda un proveedor de atención primaria y tienen lugar en un ámbito de atención primaria, como un consultorio médico.	
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar a los miembros sobre el cuidado de los riñones y ayudarlos a tomar decisiones informadas sobre su atención. A los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV les cubrimos hasta 6 sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales de por vida cuando los deriva su médico. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando esté temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando el proveedor que brinda el servicio no está disponible o accesible en ese momento). • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si lo admiten como paciente hospitalizado para recibir atención especial). • Capacitación sobre autodiálisis (incluye capacitación para usted y otra persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar). • Equipo e insumos para hacerse diálisis en el hogar. • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de	No hay coaseguro, copago o deducible para la capacitación sobre enfermedades renales. No hay coaseguro, copago o deducible para la diálisis renal cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
trabajadores capacitados en diálisis para controlar su diálisis en el hogar, ayudar en situaciones de emergencia y controlar su equipo de diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para la diálisis están cubiertos bajo la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, vaya a la sección de Medicamentos de la Parte B de Medicare en esta tabla.	
Atención en un establecimiento de enfermería especializada (SNF) Para ver una definición de la atención en un establecimiento de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. A los establecimientos de enfermería especializada a veces se los llaman SNF. Este beneficio se limita a un máximo de 100 días por periodo de beneficio médico. No se requiere admisión hospitalaria previa. El cuidado asistencial o la atención domiciliaria en un establecimiento de enfermería especializada no están cubiertas. Estos son algunos de los servicios cubiertos: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos que se administran como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea). • Sangre: incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos solo comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar el costo de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o usted o	No hay coaseguro, copago o deducible por los servicios de SNF por admisión. * Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por admisión.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
alguien más deben donar la sangre. Los demás componentes de sangre están cubiertos desde la primera pinta que use. • Insumos médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF. • Análisis de laboratorio normalmente provistos por los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF. • Uso de aparatos como sillas de ruedas normalmente provistos por los SNF. • Servicios de médico/profesional médico. Por lo general, usted recibe la atención del SNF en centros médicos de la red. Bajo ciertas condiciones que se mencionan a continuación, es posible que pueda pagar un costo compartido por un centro que no pertenezca a la red si este centro médico acepta los montos de nuestro plan como pago. • Un hogar de ancianos o una comunidad de retiro de atención continua donde estaba viviendo inmediatamente antes de ir al hospital (siempre que brinde atención en un establecimiento de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica vive en el momento que usted deja el hospital. • *Se requiere una autorización previa • Para ver una definición de la atención en un establecimiento de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. A los establecimientos de enfermería especializada a veces se los llaman SNF.	
 Dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para los pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplen con estos criterios:	No hay coaseguro, copago o deducible por los beneficios preventivos cubiertos por Medicare para dejar de fumar y de consumir tabaco. No hay coaseguro, copago o deducible para las sesiones

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
• Consumen tabaco, sin importar si muestran señales o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco. • Son competentes y están alertas durante la terapia. • Un médico calificado y otro profesional reconocido por Medicare ofrece la terapia. Cubrimos 2 intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intensivas o intermedias para un total de 8 sesiones por año para el paciente). También cubrimos 4 sesiones adicionales para dejar de fumar y consumir tabaco al año.	adicionales para dejar de fumar o consumir tabaco.
Beneficios complementarios especiales para los enfermos crónicos Los miembros que califiquen para los SSBCI recibirán un beneficio mensual de \$105 en una tarjeta de débito emitida por el plan para ayudar con los gastos cotidianos. Este beneficio puede usarse para: • Alimentos saludables. • Apoyo general para la vida (por ejemplo, alquiler, hipoteca, servicios públicos). Para calificar para los beneficios de SSBCI, los miembros deben tener al menos una de las siguientes afecciones crónicas: • Enfermedades cardiovasculares. • Enfermedades mentales crónicas e incapacitantes. • Enfermedad gastrointestinal crónica (limitado a enfermedad hepática en etapa terminal). • Trastornos pulmonares crónicos (limitado a enfermedad pulmonar obstructiva crónica). • Insuficiencia cardíaca congestiva. • Enfermedad del tejido conectivo. • Demencia. • Diabetes mellitus. • Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico. • Accidente cardiovascular.	No hay coaseguro, copago o deducible para el beneficio del SSBCI si usted califica. *

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Además: La afección debe ser mortal o limitar en gran medida la salud o función general del miembro; el miembro debe correr un alto riesgo de hospitalización u otros resultados médicos adversos, y el miembro debe necesitar la coordinación de cuidados intensivos. El plan revisará criterios objetivos para determinar la elegibilidad de un miembro. Para más información o para comprobar su elegibilidad, los miembros deberán contactar al plan. El saldo no utilizado expirará al final de cada mes o al darse de baja del plan. *No se requiere autorización previa.	
Terapia de ejercicios supervisados (SET) Se cubre la SET para miembros que sufren enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática. Se cubren hasta 36 sesiones durante un periodo de 12 semanas si se cumplen con los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con estos criterios: • Constar de sesiones de 30 a 60 minutos, que comprenden un programa de ejercicio-entrenamiento terapéutico para EAP en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Que un personal auxiliar calificado, entrenado en terapia de ejercicio para EAP, lleve a cabo las sesiones para garantizar que los beneficios superen los daños. Deben realizarse bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o enfermero profesional/enfermero clínico especialista entrenado en técnicas básicas y avanzadas de auxilio vital.	No hay coaseguro, copago o deducible por la consulta del SET cubierta por Medicare. *

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Se puede extender el SET más allá de las 36 sesiones a lo largo de 12 semanas con 36 sesiones adicionales durante un periodo extendido si un proveedor médico lo considera médicamente necesario. *Se requiere una autorización previa	
Telemedicina Ofrecemos a todos los miembros acceso 24/7 durante todo el año a un médico de la red a través de teléfono, computadora o dispositivo móvil. Los miembros pueden tener inmediatamente una consulta médica, de asesoramiento o psiquiátrica con un médico. Los miembros también pueden coordinar una consulta de telemedicina para más adelante.	No hay coaseguro, copago o deducible para el beneficio de telemedicina.
Beneficio de transporte Viajes de un solo trayecto ilimitados cada año hacia los puntos aprobados por el plan (por ejemplo, consultorio médico, farmacia y hospital). Puede ser mediante un automóvil, un servicio de traslado o una camioneta, según resulte más adecuado para la situación y las necesidades del miembro. Los viajes se deben programar con al menos un día hábil de antelación, excepto en circunstancias especiales. El transporte solamente se autoriza hacia los lugares aprobados por el plan (por ejemplo, consultorio médico, farmacia y hospital). Límite de 50 millas por viaje de un solo trayecto.	No hay coaseguro, copago o deducible para el beneficio de transporte descrito.
Servicios de necesidad urgente Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un	No hay ningún coaseguro, copago o deducible para la atención de

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
servicio de necesidad urgente si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si está dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable recibir este servicio de los proveedores de la red debido al tiempo, el lugar y las circunstancias. Nuestro plan debe cubrir los servicios de necesidad urgente y solo cobrarle los gastos compartidos dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de necesidad urgente son las enfermedades y las lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de dolencias existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de necesidad urgente incluso si está fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no se encuentra disponible temporalmente. Los servicios que se necesitan con urgencia están cubiertos en todo el mundo. Límite combinado de \$50,000 (USD) al año para emergencias, servicios de atención de urgencia y servicios de ambulancia de emergencia brindados fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Están incluidos los servicios necesarios para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es una emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los costos compartidos para los servicios de atención médica de urgencia provistos fuera de la red son los mismos que para los servicios que se brindan dentro de la red.	necesidad urgente cubierta por Medicare.
 Cuidado de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, que incluyen el tratamiento para la degeneración macular senil. Original Medicare no cubre los exámenes de la vista de rutina	No hay coaseguro, copago o deducible para el cuidado de la vista cubierto por Medicare. No hay coaseguro, copago o deducible por la cobertura de rutina de la vista que se describe en esta sección.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
(refracción ocular) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubrimos un examen de glaucoma cada año. Entre aquellos con un alto riesgo de padecer glaucoma están las personas con antecedentes familiares de glaucoma, los diabéticos, los afroamericanos a partir de los 50 años y los hispanoamericanos a partir de los 65 años. • Para los diabéticos, la prueba de detección de retinopatía diabética se cubre una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto luego de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. Si le realizan 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio luego de la primera cirugía y comprar 2 anteojos después de la segunda cirugía. Nuestro plan ofrece cobertura complementaria de la vista, que incluye: • Un examen de rutina de la vista al año. • Un máximo de \$415 combinado para anteojos o lentes de contacto. Debe recibir su atención de un proveedor de la red. Solo pagaremos los servicios para la vista cubiertos si acude a un proveedor de la vista de la red. En la mayoría de los casos, deberá pagar la atención que reciba de un proveedor que no pertenezca a la red.	
 Consulta preventiva de bienvenida a Medicare El plan cubre la consulta preventiva única de <i>bienvenida a Medicare</i>. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios de atención médica preventiva (que incluyen ciertas pruebas de detección y vacunas), y referencias médicas para otra atención que pueda necesitar.	No hay coaseguro, copago o deducible por la consulta preventiva de <i>bienvenida a Medicare</i>.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Importante: Cubrimos la consulta preventiva de <i>bienvenida a Medicare</i> únicamente dentro de los primeros 12 meses que usted tiene la Parte B de Medicare. Cuando haga su consulta, informe al consultorio de su médico que quiere programar una consulta para su visita preventiva de <i>bienvenida a Medicare</i> .	

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de AmeriHealth Caritas VIP Care?

Los servicios a continuación no están cubiertos por AmeriHealth Caritas VIP Care, pero están disponibles a través de Medicaid:

Para todos los servicios de atención domiciliaria y en la comunidad (HCBS) que también se ofrecen bajo el plan estatal, el beneficio del plan estatal debe agotarse antes de que pueda accederse a los servicios HCBS. Además, también deben haberse agotado los recursos de Medicare y de otros terceros, como los límites de los seguros privados. Por último, es posible que no pueda acceder a algunos servicios HCBS simultáneamente.

Exenciones de HCBS
Servicios para las alergias
Centro de cirugía ambulatoria
Servicios de anestesia
Servicios de atención asistencial
Análisis conductual
Servicios complementarios de salud conductual
Centro de partos y servicios de partera
Servicios cardiovasculares
Programa de asignación de escuelas certificadas
Asignación certificada de fondos del condado contra el abuso de sustancias

Servicios quiroprácticos
Servicios comunitarios de salud conductual
Servicios del Departamento de Salud del Condado (CHD)
Servicios dentales
Servicios de diálisis
Equipo médico duradero (DME) e insumos médicos
Servicios de intervención temprana
Servicios de evaluación y tratamiento
Servicios de exención de planificación familiar
Servicios en centros médicos con habilitación federal
Servicios de gastroenterología
Servicios de genitourinarios
Servicios para la audición
Servicios médicos domiciliarios
Servicios de atención para enfermos terminales
Hospital: pacientes hospitalizados
Hospital: pacientes ambulatorios
Hospital: salud mental estatal
Servicios dermatológicos
Servicios de centros de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID)
Servicios de laboratorio
Servicios de atención médica en hogares sustitutos (MFC)
Neurología
Establecimiento de enfermería
Servicios de cirugía bucal y maxilofacial
Servicios de ortopedia
Servicios de tratamiento del dolor
Servicios de podología

Servicios de medicamentos con receta
Servicios de atención pediátrica extendida recetada (PPEC)
Programa de atención integral para personas de la tercera edad (PACE)
Servicios de radiología y medicina nuclear
Redireccionamientos
Servicios de salud reproductiva
Servicios para problemas respiratorios
Servicios de centros médicos rurales
Programas de servicios en la escuela: Programa del Departamento de Salud del Condado (CHD)
Hogares sustitutos terapéuticos especializados
Servicios del Programa Psiquiátrico Estatal para Pacientes Hospitalizados
Gestión de casos específicos: salud infantil
Gestión de casos específicos: niños con riesgo de abuso y negligencia
Gestión de casos específicos: salud mental
Servicios terapéuticos: ocupacionales
Servicios terapéuticos: físicos
Servicios terapéuticos: respiratorios
Servicios terapéuticos: patología del habla y el lenguaje
Servicios de trasplantes
Transporte: emergencia
Transporte: no emergencia
Servicios de asistencia visual
Servicios de atención de la vista
Exenciones de servicios de atención domiciliaria y en la comunidad (HCBS)
Disautonomía familiar
iBudget
Atención a largo plazo
Modelo

Sección 4 Servicios que no cubre nuestro plan (exclusiones)

Esta sección le indica los servicios que están excluidos.

El siguiente cuadro enumera los servicios y los artículos que no están cubiertos por nuestro plan bajo ninguna condición o que están cubiertos por nuestro plan solo bajo condiciones específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos excepto bajo las condiciones específicas que se indican a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un establecimiento de emergencias, los servicios excluidos tampoco estarán cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es cuando se apela el servicio y se decide: tras la apelación que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. Para obtener información sobre cómo apelar la decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3.

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico bajo ciertas circunstancias.
Cirugía o procedimientos estéticos	Cubierto en caso de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una extremidad mal formada. Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de una mastectomía, así como para el seno no afectado para producir un aspecto simétrico.
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es el cuidado personal que no requiere la atención permanente del personal médico o paramédico capacitado, como el cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	No cubierto bajo ninguna condición
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales	Pueden estar cubiertos por Original Medicare en el ámbito de un estudio clínico aprobado por Medicare o por nuestro plan.

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Original Medicare determina que no tienen la aprobación general de la comunidad médica.	(Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para más información sobre los estudios de investigación clínica.)
Las tarifas que sus familiares inmediatos o miembros de su familia cobran por brindarle atención	No cubiertas bajo ninguna condición
Servicios de enfermería a tiempo completo en su hogar	No cubiertas bajo ninguna condición
Comidas a domicilio	No cubiertas bajo ninguna condición
Los servicios domésticos incluyen asistencia básica en el hogar, como limpieza general o preparación de comidas simples.	No cubiertos bajo ninguna condición
Servicios de naturópata (con tratamientos naturales o alternativos)	No cubiertos bajo ninguna condición
Atención dental que no es de rutina	La atención dental requerida para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como paciente hospitalizado o ambulatorio.
Calzado ortopédico o dispositivos de apoyo para los pies	Zapatos que forman parte de una órtesis y que están incluidos en el costo de esta. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad de pie diabético.
Artículos personales en su habitación en el hospital o en un establecimiento de enfermería especializada, como un teléfono o una televisión.	No cubiertos bajo ninguna condición
Habitación privada en un hospital	Cubierta solo cuando sea médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización y suministros de anticonceptivos sin receta	No cubiertos bajo ninguna condición
Cuidado quiropráctico de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentadura postiza	No cubierta bajo ninguna condición
Exámenes de rutina de la vista, lentes, queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la deficiencia visual.	Un par de anteojos con marcos estándares (o un par de lentes de contacto) cubierto después de cada cirugía de cataratas para implantar una lente intraocular.
Atención de rutina de los pies	Se brinda cobertura limitada según las guías de Medicare (p. ej., si tiene diabetes).
Exámenes de audición de rutina, audífonos o exámenes para adaptar audífonos	No cubiertos bajo ninguna condición
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según los estándares de Original Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición

*El cuidado asistencial es el cuidado personal que no requiere la atención permanente del personal médico o paramédico capacitado, como el cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.

CAPÍTULO 5:

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

Cómo puede recibir información sobre los costos de sus medicamentos

Dado que es elegible para Medicaid, califica para recibir y está recibiendo Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. Como está en el programa de Ayuda Adicional, es posible que **parte de la información en esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos bajo receta de la Parte D no apliquen a su caso**. La mayoría de nuestros miembros califican para recibir Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos bajo receta. Si está en el programa de Ayuda Adicional, es posible que **parte de la información en esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos bajo receta de la Parte D no aplique a su caso**. Le enviamos un documento aparte llamado *Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar medicamentos bajo receta* (también conocido como *Cláusula de subsidio por personas con bajos ingresos* o *Cláusula LIS*), que contiene información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para usuarios de TTY) y solicite la *Cláusula LIS*. Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este documento.

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

Consulte el cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 para ver información sobre los beneficios de farmacia para enfermos terminales y beneficios de farmacia de la Parte B de Medicare.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Comuníquese con su Agencia para la Administración de Atención Médica (Medicaid) para obtener información sobre la cobertura de farmacia de Medicaid. También puede encontrar esa información sobre Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6 en este documento.

Por lo general, nuestro plan cubrirá los medicamentos siempre que usted cumpla con estas normas:

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

- Un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que haga la receta) debe hacerle una receta médica que sea válida de acuerdo con la ley estatal vigente.
- El recetador no debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta (vaya a la Sección 2), o puede surtirla a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar en la lista de medicamentos de nuestro plan (vaya a la Sección 3).
- El medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por determinadas referencias. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.
- Es posible que su medicamento necesite la aprobación de nuestro plan con base en ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. Vaya a la Sección 4 para obtener más información.

SECCIÓN 2 Surta su receta médica en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedidos por correo de nuestro plan

En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas *solo* si se surten en farmacias de la red de nuestro plan. Consulte la Sección 2.5 para obtener más información sobre cuándo cubrimos las recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red.

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para brindar los medicamentos cubiertos. Los “medicamentos cubiertos” son 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 farmacias*, visite nuestro sitio web www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl/member-2026/network-pharmacy o llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para usuarios de TTY).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

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

Si su farmacia deja el plan

Si la farmacia que ha estado usando deja la red de nuestro plan, deberá encontrar una farmacia nueva en la red. Para encontrar otra farmacia en su área, reciba ayuda de Servicios al Miembro a través del 1-833-535-3767 (711 para usuarios de TTY) o use el *directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl/member-2026/network-pharmacy.

Farmacias especializadas

Algunas recetas médicas se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia intravenosa en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a los residentes de un centro médico de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro médico de atención a largo plazo (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para conseguir sus medicamentos de la Parte D en un centro médico de atención a largo plazo, llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para usuarios de TTY).
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud Indígena o al Programa de Salud Indígena Urbano/Tribal (no disponible en Puerto Rico). Excepto en situaciones de emergencia, solo los nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación del proveedor o capacitación sobre su uso. Para ubicar una farmacia especializada, vaya a su *directorio de farmacias* www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl/member-2026/network-pharmacy o llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para usuarios de TTY).

Sección 2.2 Servicios de pedidos por correo de nuestro plan

Para ciertas clases de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedidos por correo de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos provistos a través de *pedidos por correo* son medicamentos que usted toma con frecuencia para una afección crónica o prolongada.

El servicio de pedidos por correo del plan le permite ordenar un suministro de *al menos 61 días del medicamento y de 100 días como máximo*.

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

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con Servicios al Miembro a través del 1-833-535-3767 (**TTY al 711**), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. del 1.º de abril al 30 de septiembre, o los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. del 1.º de octubre al 31 de marzo. O visite la página web del plan en www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl. Si usa una farmacia para pedidos por correo que no está en la red del plan, su receta médica no se cubrirá.

Por lo general, recibirá el pedido por correo de la farmacia en no más de 10 días hábiles. Sin embargo, en ocasiones, su receta por correo puede retrasarse. Si necesita comenzar de inmediato a tomar sus medicamentos, pero el pedido por correo se retrasa, pídale a su proveedor una receta para un suministro de 30 días para surtirlo en su farmacia local.

Si necesita sus medicamentos de forma urgente y no puede esperar 10 días hábiles para recibir el pedido, comuníquese con la Farmacia de Servicio por Correo de Walgreens al 1-800-345-1985 (TTY 711), las 24 horas del día, los siete días de la semana, para evitar una interrupción del tratamiento con la medicación.

- Cuando llame a la Farmacia de Servicio por Correo de Walgreens con un pedido urgente, presione “0” dos veces en el teléfono. Prepárese para responder algunas preguntas de identificación. Luego, lo comunicarán con un representante.
- Dígle al representante de la Farmacia de Servicio por Correo de Walgreens que tiene menos de 10 días de suministro de medicación y necesita un pedido acelerado (entrega rápida). El representante hablará sobre las opciones disponibles con usted.
- Comuníquese al representante esta información: Su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, nombres de los medicamentos, las dosis, cuántos días le quedan, el nombre de la persona que los recetó y su seguro.
- El Centro de Atención al Cliente le ofrecerá las opciones de envío disponibles para ayudar a acelerar el pedido del medicamento. El representante del Centro de Atención al Cliente confirmará la siguiente información con usted:
 - 1) la opción que usted eligió para recibir el pedido rápido,
 - 2) su dirección postal,
 - 3) su método de pago (si existe un pago),
 - 4) la hora de llegada estimada, y
 - 5) un número de orden para referencia y confirmación. Puede haber un cargo por la entrega rápida.

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

La demora de un pedido rápido puede ser de uno a tres días. El método de envío depende de cuánta medicación le quede y cuándo se comunicó con la Farmacia de Servicio por Correo de Walgreens. Para que la entrega sea al día siguiente, deberá comunicarse con el Centro de Atención al Cliente de la Farmacia de Servicio por Correo de Walgreens antes de las 4 p. m., hora del Este, de lunes a viernes.

- Es posible que la Farmacia de Servicio por Correo de Walgreens necesite comunicarse con la persona que recetó la medicación o con su seguro si su receta médica ha vencido, si se necesita una autorización o por otros motivos. Este tipo de información podría ser necesaria antes de que le envíen el pedido.
- El Centro de Atención al Cliente de la Farmacia de Servicio por Correo de Walgreens también puede hacer los arreglos para que obtenga un suministro a corto plazo mientras espera su pedido por correo. Puede preguntarle al representante de Atención al Cliente de la Farmacia de Servicio por Correo de Walgreens o a Servicios al Miembro cómo obtener un suministro a corto plazo.

Si no recibe su medicamento por correo cuando la Farmacia de Servicio por Correo de Walgreens dijo que llegaría, llame el Centro de Atención al Cliente de la Farmacia de Servicio por Correo de Walgreens al 1-800-345-1985. (TTY 711), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Presione “0” dos veces en el teléfono. Prepárese para responder algunas preguntas de identificación. Luego, lo comunicarán con un representante.

No es necesario que utilice los servicios de envío de medicamentos por correo para recibir la extensión de un suministro de medicamentos de mantenimiento. En cambio, tiene la opción de usar otra farmacia minorista de la red para obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento. Algunas de estas farmacias minoristas pueden aceptar el costo compartido para el envío por correo de la extensión del suministro de medicamentos de mantenimiento, que puede no tener diferencia en gastos de bolsillo para usted. Su directorio de farmacias contiene información sobre las farmacias minoristas en nuestra red en las que puede obtener la extensión del suministro de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios al Miembro para más información

Recetas médicas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

La farmacia surtirá y enviará automáticamente las recetas nuevas que reciba de los proveedores médicos, sin verificar primero con usted, siempre y cuando:

- Haya usado el servicio de envío por correo postal con este plan anteriormente,
o

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

- Se haya registrado para el envío automático de recetas nuevas directamente de sus proveedores médicos. Puede solicitar el envío automático de todas sus recetas nuevas en cualquier momento poniéndose en contacto con la farmacia de pedido por correo antes de surtir su primera receta.

Si recibe una receta que no quiere automáticamente por correo postal y no se comunicaron con usted para ver si la quería antes de enviarla, puede ser elegible para un reembolso.

Si usó el servicio de envío por correo antes y no quiere que la farmacia surta y envíe cada receta nueva automáticamente, contáctenos llamando a Walgreens Mail Service Pharmacy al 1-800-345-1985 (TTY 711), las 24 horas del día los 7 días de la semana.

Si nunca utilizó nuestro servicio de envío por correo postal o decide que no quiere surtir sus recetas nuevas automáticamente, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor médico para saber si quiere que surtan y le envíen los medicamentos de manera automática. Es importante que responda siempre que la farmacia lo llame para informar si desea que envíen, retrasen o cancelen la receta nueva.

Para darse de baja de los envíos automáticos de medicamentos con receta nuevos que se reciben directamente del consultorio de su proveedor médico, contáctenos por teléfono. Servicios al Miembro puede ayudarlo con esta solicitud o contactar a la farmacia de pedidos por correo para comunicarle que usted no quiere que se surte ni envío automáticamente su receta médica.

Recargas de recetas médicas por correo. Para las recargas, comuníquese con su farmacia **14** días antes de que se terminen sus medicamentos actuales para garantizar que le envíen el próximo pedido a tiempo.

Si recibe una receta que no quiere automáticamente por correo, puede ser elegible para un reembolso.

Sección 2.3 Cómo recibir un suministro de medicamentos a largo plazo

Nuestro plan ofrece 2 formas de recibir un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento de la lista de medicamentos de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma con frecuencia para el control de una enfermedad crónica o prolongada.

1. Algunas farmacias minoristas en nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *directorio de farmacias*

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

www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl/member-2026/network-pharmacy le indica cuáles farmacias en su red pueden darle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener más información.

2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través del programa de pedidos por correo. Vaya a la Sección 2.3 para obtener más información.

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

En general, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede usar una farmacia de la red. También tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan.

Llame primero con Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para usuarios de TTY) para comprobar si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos las recetas médicas surtidas en una farmacia fuera de la red solo bajo estas circunstancias:

- Si las recetas médicas están relacionadas con una emergencia médica o atención de urgencia.
- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna en nuestra área de servicios porque no hay farmacias de la red a una distancia razonable que presten el servicio de atención las 24 horas.
- Si está intentando surtir una receta médica que no está disponible con frecuencia en una farmacia minorista o por pedido por correo (incluidos los medicamentos de alto costo y exclusivos).
- Si se trata de uno de los medicamentos cubiertos que pueden administrarse en el consultorio del médico.
- Cuando el gobierno declara un desastre federal o estado de emergencia, entonces permitimos acceder a centros fuera de la red para evitar que se interrumpan los servicios.

¿Cómo le solicita un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo total en el momento en que surta su receta médica. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Vaya al Capítulo 7, Sección 2 para saber cómo pedirle al plan que le devuelva el dinero. Es posible que tenga que pagar la diferencia entre lo que usted 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 la lista de medicamentos de nuestro plan

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

El plan tiene una *lista de medicamentos cubiertos (formulario)*. En esta *Evidencia de Cobertura*, **la llamamos lista de medicamentos**.

Nuestro plan selecciona los medicamentos en esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y cuenta con su aprobación.

La lista de medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos bajo la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Comuníquese con el programa de Medicaid de su estado para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid.

Por lo general, cubrimos un medicamento en la lista de medicamentos de nuestro plan siempre que cumpla con las normas de cobertura que se explican en este capítulo y se utilice según una indicación aceptada médicamente. Una indicación aceptada médicamente es un uso del medicamento que cumple con *uno* de estos requisitos:

- La FDA ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o la afección para la cual se está recetando o
- Está respaldado por cierta literatura, como la información de medicamentos del American Hospital Formulary Service y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex.

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca comercial propiedad del fabricante del fármaco. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En la lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, estamos hablando de 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 llamadas

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

biosimilares. Por lo general, los genéricos y los biosimilares tienen la misma eficacia que un producto biológico de marca u original y en general cuestan menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la legislación estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por los de marca.

Consulte el Capítulo 12 para ver las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la lista de medicamentos.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos con receta y tienen la misma eficacia. Para obtener información adicional, llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Medicamentos que no están en la lista de medicamentos

Es posible que Medicaid cubra algunos medicamentos que quizás este plan no cubre. Nuestro plan no incluye medicamentos cubiertos por Medicaid en la lista de medicamentos. Para averiguar qué medicamentos están cubiertos por Medicaid, contacte al programa de Medicaid de su estado. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener la información de contacto del programa de Medicaid de su estado.

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, vaya a la Sección 7.
- En otros casos, nosotros decidimos no incluir cierto medicamento en la lista de medicamentos.
- En algunos casos, puede obtener un medicamento que no esté en la lista de medicamentos. Para obtener información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2 Hay seis niveles de costos compartidos para los medicamentos en la lista de medicamentos

Cada medicamento en la lista de medicamentos de nuestro plan está en uno de los seis niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el costo del medicamento para usted:

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

- Nivel 1: genéricos preferidos
- Nivel 2: genéricos
- Nivel 3: marca preferida
- Nivel 4: medicamentos no preferidos
- Nivel 5: especialidad
- Nivel 6: medicamentos de atención seleccionados

Para saber en qué nivel de costos compartidos está su medicamento, búsquelo en la lista de medicamentos de nuestro plan. El monto que usted paga por los medicamentos en cada nivel de costos compartidos se muestra en el Capítulo 6.

El monto que usted paga por los medicamentos en cada nivel de costos compartidos se muestra en el Capítulo 6 (Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D).

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

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

- Revise la lista de medicamentos más reciente que ofrecemos electrónicamente.
- Visite el sitio web de nuestro plan www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl. La lista de medicamentos en el sitio web siempre está actualizada.
- Llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para TTY) para averiguar si un determinado medicamento está en la lista de medicamentos de nuestro plan o para pedir una copia de la lista.
- Use la “herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan (www.amerihealthcaritasvipcare.com/pa/member-2026/care/formulary) para buscar medicamentos en la lista de medicamentos para saber el estimado de lo que pagará y ver si hay algún medicamento alternativo en la lista de medicamentos para la misma afección. También puede llamar a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para TTY).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones sobre la cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Para ciertos medicamentos con receta, hay normas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre nuestro plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para ayudarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la forma más efectiva posible. Para averiguar si un medicamento que usted toma o quiere tomar tiene alguna de estas restricciones, revise la lista de medicamentos.

Si hay un medicamento más económico seguro que funcione tan bien como un medicamento más costoso, las normas de nuestro plan están diseñadas para hacer que usted y su proveedor usen la 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 algunos medicamentos pueden diferir según la potencia, la cantidad o la forma del medicamento indicado por su proveedor médico, y es posible que se apliquen distintas restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del fármaco (por ejemplo, 10 mg en lugar de 100 mg; una vez al día en lugar de 2 veces al día; tableta en lugar de líquido).

Sección 4.2 Tipo de restricciones

Si hay una restricción en su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tienen que tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento.

Llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para TTY) para saber que pueden hacer usted o su proveedor para que cubramos el medicamento. **Si quiere que no apliquemos la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción.** Podemos decidir si aplicar o no la restricción que le corresponde. Vaya al Capítulo 9.

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan con base en criterios específicos antes de que aceptemos cubrir su medicamento. Esto se llama **autorización previa**. Esto se establece para garantizar la seguridad del medicamento y ayudar a orientar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si usted no obtiene esta aprobación, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento. Puede conocer los criterios para la autorización previa de nuestro plan llamando a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para TTY) o accediendo a nuestro sitio web en <https://www.amerhealthcaritasvipcare.com/content/dam/amerihealth-caritas/vip-care/pdf/fl/2026-prior-authorization-criteria.pdf.coredownload.inline.pdf>

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito le recomienda probar medicamentos menos costosos, pero que generalmente tienen la misma eficacia, antes de que nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección, nuestro plan puede exigirle que pruebe el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no funciona para usted, entonces nuestro plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se llama **terapia escalonada**. Puede conocer los criterios de los criterios de la terapia escalonada de nuestro plan llamando a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767

(711 para TTY) o visitando nuestro sitio web en

<https://www.amerihealthcaritasvipcare.com/content/dam/amerihealth-caritas/vip-care/pdf/fl/2026-step-therapy-criteria.pdf.coredownload.inline.pdf>

Límites de cantidades

Con ciertos fármacos, limitamos la cantidad de medicamento que podrá recibir cada vez que surta su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo un comprimido por día de un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta médica a no más de un comprimido por día.

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como le gustaría

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

- Es posible que el medicamento no tenga ninguna cobertura. O, tal vez, una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la versión de marca que usted quiere tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas o restricciones adicionales para la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero tiene un nivel de costos compartidos que hace que su parte sea mayor que la cree que debería pagar.

Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que hace que el costo sea más caro de lo que cree que debería ser, consulte la Sección 5.1 para saber qué puede hacer.

Si su medicamento no está en la lista de medicamentos o está restringido, puede hacer lo siguiente:

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

- Es posible que obtenga un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar de medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedirle a nuestro plan que cubra el medicamento o que elimine las restricciones del medicamento.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, nuestro plan deberá brindar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

Para ser elegible para el suministro temporal, el medicamento que está tomando ya **no debe estar en la lista de medicamentos O estar restringido de alguna manera ahora**.

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en nuestro plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de **30 días**. Si su receta es por menos días, permitiremos varias recargas para ofrecer hasta un máximo de **30 días** de medicamento. La receta médica se debe surtir en una farmacia de la red. Tenga en cuenta que la farmacia de un centro médico de atención a largo plazo puede ofrecer el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar el despilfarro.
- **Para aquellos miembros que han estado en nuestro plan por más de 90 días y residen en un centro médico de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia de **31 días** de un medicamento en particular, o menos si su receta médica indica que es por menos días. Esto es además del suministro de transición a largo plazo mencionado arriba.
- Los miembros que hayan tenido un cambio en su nivel de atención (entorno) tendrán derecho a recibir un suministro único de transición por medicamento de hasta **30 días** para aquellos que recibieron el alta y regresaron a sus hogares y de hasta **31 días** para aquellos que fueron internados en un centro médico de atención a largo plazo. Por ejemplo, aquellos que:
 - Reciben el alta del hospital e ingresan a centros médicos de atención a largo plazo (LTC), a veces tienen una lista de medicamentos del formulario del hospital con una planificación de muy corto plazo (a menudo menos de 8 horas).
 - Reciben el alta de un hospital y van a su casa.

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

- o Finalizan su hospitalización en un establecimiento de enfermería especializada de la Parte A de Medicare (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y necesitan regresar a su formulario del plan de la Parte D.
- o Terminan su hospitalización en un establecimiento de enfermería especializada y regresan a la comunidad.

Si tiene preguntas sobre el suministro temporal, llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para TTY).

Durante el tiempo en que esté usando el suministro temporal de un medicamento, debería hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando el suministro temporal se acabe. Tiene 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para ver si hay un medicamento diferente cubierto por nuestro plan que podría tener la misma eficacia para usted. Llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para TTY) para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto adecuado para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera en que le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican una excepción, su proveedor puede ayudar a que la solicite. Por ejemplo, puede pedirle a nuestro plan que cubra un medicamento aunque no esté en la lista de medicamentos de nuestro plan. O puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 7.4, donde encontrará una explicación de los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurar que su solicitud se maneje con rapidez y equitativamente.

Sección 5.1 Qué hacer si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que considera que es demasiado alto

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

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

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que cree que es demasiado alto, hable con su proveedor. Es posible que haya un medicamento diferente en un nivel de costos compartidos inferior que podría tener la misma eficacia para usted. Llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para TTY) para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto adecuado para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle a nuestro plan que haga una excepción en el nivel de costos compartidos del medicamento para que usted pague menos. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 7.4, donde encontrará una explicación de los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurar que su solicitud se maneje con rapidez y equitativamente.

Los medicamentos en el nivel 5 no son elegibles para este tipo de excepción. No bajamos el costo compartido para los medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 Nuestra lista de medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **Agregar o eliminar medicamentos de la lista de medicamentos.**
- **Mover un medicamento a un nivel de costos compartidos mayor o menor.**
- **Añadir o eliminar una restricción de cobertura para un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**
- **Reemplazar un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

Debemos obtener la aprobación de Medicare para los cambios que hacemos a la lista de medicamentos de nuestro plan.

Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando ocurren cambios en la lista de medicamentos, publicamos la información en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra lista de medicamentos en línea con frecuencia. A veces, recibirá un aviso directo si el cambio afecta a uno de los medicamentos que está tomando.

Cambios en la cobertura de medicamentos que pueden afectarlo durante este año del plan

- **Adición de medicamentos nuevos a la lista de medicamentos y eliminación o modificación inmediata de un medicamento similar en la lista de medicamentos.**
 - Es posible que quitemos inmediatamente un medicamento similar de la lista de medicamentos, pasemos el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agreguemos restricciones nuevas o ambas. La versión nueva del medicamento se pondrá en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos.
 - Haremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una versión genérica nueva de una marca o añadimos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la lista de medicamentos.
 - Es posible que hagamos estos cambios inmediatamente y le informemos después, incluso si está tomando el medicamento que quitamos o modificamos. Si usted toma el medicamento similar al momento de hacer el cambio, le informaremos cualquier cambio específico que realizamos.
- **Adición de medicamentos a la lista de medicamentos y eliminación o modificación de un medicamento similar en la lista de medicamentos con notificación previa.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la lista de medicamento, es posible que quitemos un medicamento similar de la lista de medicamentos, lo pasemos a un nivel de costo compartido diferente, agreguemos restricciones nuevas o ambas. La versión del medicamento que añadamos estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos.
 - Haremos estos cambios solo si agregamos una versión genérica nueva de un medicamento de marca o añadimos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la lista de medicamentos.

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

- o Le avisaremos al menos 30 días antes del cambio o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminación de medicamentos no seguros y otros medicamentos en la lista de medicamentos que se retiraron del mercado.**
 - o A veces, un medicamento se puede considerar no seguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podremos retirar el medicamento de forma inmediata de la lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos luego de realizar el cambio.
- **Otros cambios en los medicamentos de la lista de medicamentos.**
 - o Una vez que el año haya comenzado, podremos efectuar otros cambios que pueden afectar a los medicamentos que esté tomando. Por ejemplo, con base en las advertencias en caja negra de la FDA o en nuevas normas clínicas reconocidas por Medicare.
 - o Le avisaremos al menos 30 días antes del cambio o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional de 30 días del medicamento que esté tomando.

Si realizamos alguno de estos cambios en alguno de los medicamentos que esté tomando, hable con el recetador sobre las opciones más apropiadas para usted, incluido el cambio a un medicamento diferente para tratar su enfermedad, o solicite una decisión de cobertura para cumplir con cualquier restricción nueva sobre el medicamento que esté tomando. Usted o el recetador pueden pedirnos una excepción para seguir cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener información sobre cómo pedir 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

Es posible que hagamos ciertos cambios en la lista de medicamentos que no se describieron anteriormente. En estos casos, el cambio no lo afectará si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio. Sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1.º de enero del siguiente año del plan si usted permanece en el mismo plan.

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

- Pasamos su medicamento a un nivel superior de costos compartidos.
- Ponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la lista de medicamentos.

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

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que toma (excepto por los retiros del mercado, el reemplazo de un medicamento genérico por un medicamento de marca u otro cambio mencionado en la sección anterior), el cambio no afectará a su uso o lo que usted paga como su parte del costo hasta el 1.º de enero del próximo año.

No le informaremos directamente sobre este tipo de cambios durante el año del plan en curso. Deberá consultar la lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que esté tomando que podrá afectarlo 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 apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido bajo la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. Para obtener información sobre la apelación de una decisión, consulte el Capítulo 9. Si el medicamento es excluido por nuestro plan, debe pagarlo usted mismo.

Estas son 3 normas generales sobre los medicamentos que los planes de la Parte D de Medicare no cubrirán:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto bajo la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no cubre el uso *no indicado en la etiqueta* cuando el uso no está respaldado por cierta literatura médica, como la información de medicamentos del American Hospital Formulary Service y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex. El uso *no indicado en la etiqueta* es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la FDA.

Además, por ley, las siguientes categorías de los medicamentos enumerados a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, usted puede obtener la cobertura de algunos de estos medicamentos bajo su cobertura de medicamentos de Medicaid. Comuníquese con el programa de Medicaid de su estado para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener la información de contacto de su División de Medicaid y Asistencia Médica.

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

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

- Medicamentos para promover la fertilidad.
- Medicamentos para aliviar la tos o los síntomas del resfrío.
- Medicamentos con fines cosméticos o para ayudar al crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con fluoruro.
- Medicamentos usados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos que se utilicen para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos ambulatorios para los que el fabricante exige que le compren a él exclusivamente las pruebas o los servicios de control asociados como condición de venta.

Si está recibiendo Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta, la ayuda adicional no pagará los medicamentos que no estén cubiertos normalmente. Consulte la lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener más información. Si tiene cobertura de medicamentos por medio de Medicaid, es posible que su programa estatal de Medicaid cobre algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa de Medicaid de su estado para determinar la cobertura de medicamentos que puede estar disponible para usted. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6.

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para surtir su receta, brinde la información de su membresía del plan, que encontrará en su tarjeta del miembro, a la farmacia de la red que escoja. La farmacia de la red le facturará automáticamente al plan nuestra parte de los costos del medicamento. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo cuando pase a buscar su medicamento.

Si no tiene la información de miembro del plan con usted, usted o la farmacia deberán llamar a nuestro plan para obtener la información necesaria o podrá pedirle a la farmacia que busque su información de membresía del plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que usted tenga que pagar el costo total de la receta médica cuando la recoja. Luego podrá pedirnos que le reembolsemos nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitarle al plan el reembolso.

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

Si no tiene la información de miembro del plan con usted, usted o la farmacia deberán llamar a nuestro plan para obtener la información necesaria o podrá pedirle a la farmacia que busque su información de membresía del plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted tenga que pagar el costo total de la receta médica cuando la recoja**. Luego, podrá **pedirnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitarle al plan el reembolso.

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

Sección 9.1 En un hospital o centro especializado de enfermería por una admisión hospitalaria cubierta por nuestro plan

Si es admitido en un hospital o en un establecimiento de enfermería especializada con cobertura de nuestro plan, por lo general cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante su estadía. Una vez que deje el hospital u otro establecimiento de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre que cumplan con todas las normas de cobertura que se describen en este capítulo.

Sección 9.2 Como residente de un centro médico de atención a largo plazo (LTC)

Por lo general, los centros médicos de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de ancianos) tienen su propia farmacia o usan una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si reside en un centro médico de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del establecimiento, o la que use el centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Revise su *directorio de farmacias* www.amerhealthcaritasvipcare.com/fl/member-2026/network-pharmacy para averiguar si la farmacia de su centro LTC, o la que este usa, forma parte de nuestra red. Si no está incluida, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para TTY). Si está en un centro médico de atención a largo plazo, debemos garantizar que pueda recibir rutinariamente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de atención a largo plazo (LTC).

Si **es residente de un centro LTC y necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos o está restringido de alguna manera**, vaya a la Sección 5 para ver información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si está en un centro de atención para enfermos terminales certificado por Medicare

El centro de atención para enfermos terminales y nuestro plan no cubren el mismo medicamento simultáneamente. Si está inscrito en el programa de atención para enfermos terminales de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por la atención para enfermos terminales porque no se relacionan con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del recetador o del proveedor de atención para enfermos terminales que indique que el medicamento no está relacionado para que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale a su proveedor de atención para enfermos terminales o recetador que envíe una notificación antes de surtir su receta.

En caso de que revoque su elección de cuidados para enfermos terminales o si recibe el alta, nuestro plan deberá cubrir sus medicamentos tal como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando termine su beneficio de atención para enfermos terminales de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o el alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Llevamos a cabo revisiones sobre el uso de medicamentos para ayudar a garantizar que nuestros miembros reciban una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta médica. También revisamos nuestros registros periódicamente. En estas revisiones, buscamos problemas potenciales como los siguientes:

- Posibles errores en la medicación
- Medicamentos que puede que no sean necesarios porque está tomando otro medicamento similar para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser apropiados o seguros por su edad o género
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían causarle daño si los toma al mismo tiempo
- Recetas médicas para medicamentos que tienen componentes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando

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

- Cantidades peligrosas de analgésicos con opioides

Si vemos un posible problema en el uso de medicamentos, coordinaremos con su proveedor para corregirlo.

Sección 10.1 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de manera segura

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura los opiáceos recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama programa de administración de medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opiáceos que obtiene de varios recetadores o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis con opioides, podemos hablar con sus médicos para garantizar que su uso sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus recetadores, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiacepínicos posiblemente no sea seguro, puede que limitemos cómo puede obtenerlos. Si lo ponemos en nuestro DMP, estas pueden ser algunas de las limitaciones:

- Exigir que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de una farmacia en particular
- Exigir que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de ciertos recetadores
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepinas que cubriremos para usted

Si planeamos limitar la forma en que puede recibir estos medicamentos o la cantidad que puede recibir, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le indicará si limitamos la cobertura de estos medicamentos, o si se le exigirá obtener las recetas médicas para estos medicamentos solo de un recetador o farmacia en particular. Usted tendrá la oportunidad de contarnos cuáles son los recetadores o las farmacias que prefiere usar, y cualquier otra información que considere que necesitamos saber. Luego de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si considera que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o la limitación, usted y el recetador tendrán derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le informaremos la decisión. Si continuamos negando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que aplican a su acceso a medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

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

No lo pondremos en nuestro DMP si tiene ciertas enfermedades, como dolores relacionados con un cáncer activo o drepanocitosis, si está recibiendo cuidados para enfermos terminales, paliativos o en la etapa final de su vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de administración de terapia con medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades médicas complejas. Nuestro programa se llama programa de administración de terapia con medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para que ayudemos a garantizar que nuestros miembros saquen el mayor provecho de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de los costos de medicamentos o están en un DMP para ayudarlos a usar sus opioides de manera segura pueden recibir servicios a través de un programa MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional médico harán una revisión completa de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o duda que tenga sobre sus medicamentos con receta médica y de venta libre. Recibirá un resumen escrito con una lista de cosas recomendadas para hacer y las medidas que debe tomar para conseguir los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de todos los medicamentos que esté tomando con la cantidad, el horario y la razón por la cual los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Le recomendamos que hable con su médico sobre la lista de recomendaciones y la lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores médicos. Tenga la lista de medicamentos actualizada y con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de ir al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajuste a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente y le enviaremos la información al respecto. Si decide no participar, infórmenos y lo retiraremos. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (los usuarios de TTY deberán llamar al 711).

CAPÍTULO 6:

Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

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

Usamos la palabra “medicamentos” para referirnos a los medicamentos con receta de la Parte D. No todos los medicamentos son de la Parte D. Algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos bajo la Parte A o la Parte B de Medicare.

Para entender la información de pago, necesita conocer qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas médicas y qué normas se deben seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas normas. Cuando usa la “herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan para buscar la cobertura de un medicamento (www.amerithealthcaritasvipcare.com/fl), el costo que ve muestra un estimado de los costos de bolsillo que se espera que usted pague. También puede recibir la información provista en la “herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para TTY).

¿Cómo puede recibir información sobre los costos de sus medicamentos?

Dado que es elegible para Medicaid, califica para recibir y está recibiendo Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. Como usted está en el programa de Ayuda Adicional, es posible que **parte de la información en esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no aplique para usted. Le enviamos** un documento aparte llamado *Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar medicamentos con receta* (también conocido como *Cláusula de subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula LIS*), donde encontrará información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para usuarios de TTY) y solicite la *Cláusula LIS*.

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que usted puede pagar por los medicamentos cubiertos

Hay 3 tipos diferentes de costos de bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D que usted puede pagar:

- El **deducible** es el monto que paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar nuestra parte.
- El **copago** es el monto fijo que puede pagar cada vez que surte una receta.
- El **coaseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que surte una receta médica.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo

Medicare tiene normas sobre lo que se toma en cuenta y lo que *no* para sus gastos de bolsillo. Estas son las normas de Medicare que debemos seguir cuando llevamos el registro de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos en sus costos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo **incluyen** los pagos que se enumeran a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y usted cumpla con las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que usted paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas del pago de medicamentos:
 - o La etapa del deducible
 - o La etapa inicial de cobertura
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan diferente de medicamentos de Medicare antes de unirse a nuestro plan
- Cualquier pago por sus medicamentos hecho por su familia o amigos
- Cualquier pago hecho por sus medicamentos por parte del programa de Ayuda Adicional de Medicare o los planes de su empleador o sindicato, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia con medicamentos para el SIDA y la mayoría de las organizaciones benéficas

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

Cómo pasar a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) hayan gastado un total de \$2,100 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo

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

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumple con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red
- Medicamentos que no son de la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o Parte B y otros medicamentos que Medicare haya excluido de la cobertura
- Pago de sus medicamentos efectuado por algunos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno como TRICARE y la Administración de Salud de los Veteranos (VA)
- Pago de sus medicamentos efectuados por un tercero con obligación legal de pagar los gastos de las recetas médicas (por ejemplo, compensación de los trabajadores)
- Pago efectuado por los fabricantes de medicamentos bajo el programa de descuento de fabricantes

Recordatorio: Si cualquier otra organización como las mencionadas anteriormente paga parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por los medicamentos, usted tiene la obligación de informar a nuestro plan a través de Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para TTY).

Cómo hacerles seguimiento a sus costos totales de bolsillo

- *La explicación de beneficios de la Parte D (EOB)* que usted recibe incluye el total actual de sus costos de bolsillo. Cuando este monto alcanza los \$2,100, la EOB de la *Parte D* le indicará que dejó la etapa inicial de cobertura y pasó a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Vaya a la Sección 3.1 para saber qué puede hacer para garantizar que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas del pago de medicamentos para los miembros de AmeriHealth Caritas VIP Care

Hay **3 etapas del pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos bajo AmeriHealth Caritas VIP Care. Lo que pague por cada receta dependerá de la etapa en la que se encuentra cuando surta o recargue su prescripción. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Estas son las etapas:

- **Etapas 1: etapa de deducible anual**
- **Etapas 2: etapa de cobertura inicial**
- **Etapas 3: etapa de cobertura catastrófica**

SECCIÓN 3 Su explicación de beneficios de la Parte D explica en qué etapa de pago esta

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

- **Costos de bolsillo:** esto es cuánto pagó. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos hecho por sus familiares o amigos y cualquier pago hecho por sus medicamentos por parte del programa de Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP).
- **Costo total de los medicamentos:** es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que paga nuestro plan, lo que paga usted y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si ha surtido 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 lo siguiente:

- **Información sobre ese mes.** Este informe detalla los pagos de las recetas médicas que surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó nuestro plan y lo que pagaron usted y otros en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1.º de enero.** Muestra los costos y los pagos totales de los medicamentos desde que comenzó el año.

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

- **Información sobre precios de medicamentos.** Muestra el precio total de los medicamentos e información sobre los cambios en el precio desde la primera recarga para cada reclamo de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas disponibles de menor de costo.** Muestra información sobre otros medicamentos con un menor costo compartido para cada reclamo de receta médica, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre los pagos de sus medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que usted hace, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias. Así es cómo usted puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que surta sus recetas médicas.** Esto ayuda a garantizar que sepamos sobre las recetas médicas que surte y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay veces en las que puede pagar todo el costo de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a hacerle seguimiento a sus gastos de bolsillo, denos copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debería darnos copias de sus recibos de medicamentos:**
 - o Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no es parte de los beneficios de nuestro plan.
 - o Cuando hace un copago por los medicamentos que se suministran bajo un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
 - o Cuando compra medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o paga el precio completo de un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.
 - o Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte correspondiente del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros hagan por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones determinadas también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos efectuados por un programa estatal de ayuda farmacéutica, un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas se incluyen como gastos de bolsillo. Mantenga un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba *la EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para TTY). También puede visitar el portal myBenefits en <https://abarca.darwinrx.com/Members>. Esta es una herramienta que le permite ver información relacionada con sus beneficios de farmacia y la EOB; asegúrese de mantener estos informes.

SECCIÓN 4 Etapa del deducible

Ya que la mayor parte de nuestros miembros reciben Ayuda Adicional con sus costos de medicamentos con receta, la etapa del deducible no aplica a la mayoría de los miembros. Si usted recibe Ayuda Adicional, esta etapa de pago aplica a su caso.

Si no recibe Ayuda Adicional, la etapa del deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primera receta en el año. Cuando está en esta etapa de pago, **debe pagar el costo completo de sus medicamentos** hasta alcanzar el monto del deducible de nuestro plan, que es de \$615 para el 2026. El deducible no es aplicable a productos de insulina cubiertos y la mayoría de vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas de herpes zóster, tétanos y vacunas de viaje. **Debe pagar el costo completo de sus medicamentos del nivel 1 al 5** hasta alcanzar el monto del deducible de nuestro plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. **El costo completo** por lo general es menor que el precio completo normal del medicamento, ya que nuestro plan negoció costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red. El costo completo no puede exceder el precio justo máximo más las tarifas de despacho para los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación del Precio de los Medicamentos de Medicare.

Una vez que pague \$615 por sus medicamentos del nivel 1 al 5, deja la etapa del deducible y pasa a la etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surte la receta médica

Durante la etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga su parte del costo de los medicamentos y usted paga su parte (su coaseguro). Su parte del costo variará con base en el medicamento y el lugar donde surta la receta médica.

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

Nuestro plan tiene seis niveles de costos compartidos

Cada medicamento en la lista de medicamentos de nuestro plan está en uno de los seis niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el número del nivel de costos compartidos, mayor será el costo del medicamento para usted:

- Nivel 1: medicamento genérico preferido.
- Nivel 2: medicamento genérico. Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 3: medicamento de marca preferido. Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 4: medicamento no preferido. Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 5: medicamento de especialidad.
- Nivel 6: medicamentos de atención seleccionados

Para saber en qué nivel de costos compartidos está su medicamento, búsquelo en la lista de medicamentos de nuestro plan.

Sus opciones de farmacia

Lo que usted paga por un medicamento depende de dónde lo obtiene:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no está en la red nuestro plan. Cubrimos las recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para saber cuándo cubriremos una receta médica surtida en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de envíos por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *directorio de farmacias* de nuestro plan

www.amerhealthcaritasvipcare.com/fl/member-2026/network-pharmacy.

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

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

El monto del copago o coaseguro depende del nivel de costos compartidos.

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

A veces, el costo del medicamento es menor que su copago. En estos casos, usted paga el precio menor para el medicamento en lugar del copago.

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

Nivel	Costo compartido de farmacia minorista estándar de la red (un suministro de hasta 100 días)	Costo compartido de pedidos por correo (un suministro de 61 hasta 100 días)	Costo compartido para atención a largo plazo (LTC) (un suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más información). (un suministro de hasta 30 días)
Nivel 1 de costos compartidos				
Medicamento genérico preferido	25% de coaseguro	25% de coaseguro	25% de coaseguro	25% de coaseguro
Nivel 2 de costos compartidos				
Medicamento genérico	25% de coaseguro	25% de coaseguro	25% de coaseguro	25% de coaseguro
Nivel 3 de costos compartidos				
Medicamento de marca preferido	25% de coaseguro	25% de coaseguro	25% de coaseguro	25% de coaseguro

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

Nivel	Costo compartido de farmacia minorista estándar de la red (un suministro de hasta 100 días)	Costo compartido de pedidos por correo (un suministro de 61 hasta 100 días)	Costo compartido para atención a largo plazo (LTC) (un suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más información). (un suministro de hasta 30 días)
Nivel 4 de costos compartidos Medicamento no preferido	25% de coaseguro	25% de coaseguro	25% de coaseguro	25% de coaseguro
Nivel 5 de costos compartidos Especialidad	25% de coaseguro	25% de coaseguro	25% de coaseguro	25% de coaseguro
Nivel 6: medicamentos de atención seleccionados Medicamentos de atención seleccionados	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.	25% de coaseguro

No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto independientemente del nivel de costo compartido incluso si no ha pagado su deducible.

Consulte la Sección 8 para obtener más información sobre los costos compartidos para las vacunas de la Parte D.

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

Sección 5.3 Si su médico hace la receta médica para un suministro de menos de un mes, es posible que no que tenga que pagar el costo del suministro para todo el mes.

Por lo general, el monto que usted paga por un medicamento cubre el suministro para un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico quieran que tenga un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, un suministro para menos de un mes completo si esto lo ayudará a planear mejor las fechas de recarga del plan.

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

- Si es responsable del coaseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Como el coaseguro depende del costo total del medicamento, su costo será inferior, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de realizar un copago por el medicamento, solo pagará la cantidad de días del medicamento que reciba en vez de un mes completo. Calculamos el monto que paga por día para su medicamento (la tasa diaria de costos compartidos) y la multiplicamos por el número de días de suministro de medicamento que recibe.

Sección 5.4 Sus costos para un suministro a largo plazo (de 61 hasta 100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es uno que dura hasta de 61 hasta 100 días.

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

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D**Sus costos para un suministro a largo plazo de 61 hasta 100 días de un medicamento cubierto de la Parte D**

Nivel	Costo compartido minorista estándar (en la red) (un suministro de hasta 100 días)	Costo compartido de pedidos por correo (un suministro de 61 hasta 100 días)
Nivel 1 de costos compartidos Medicamento genérico preferido	25% de coaseguro	25% de coaseguro
Nivel 2 de costos compartidos Medicamento genérico	25% de coaseguro	25% de coaseguro
Nivel 3 de costos compartidos Medicamento de marca preferido	25% de coaseguro	25% de coaseguro
Nivel 4 de costos compartidos Medicamento no preferido	25% de coaseguro	25% de coaseguro
Nivel 5 de costos compartidos Especialidad	25% de coaseguro	25% de coaseguro
Nivel 6 de costos compartidos Medicamentos de atención seleccionados	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.

No pagará más de \$70 por un suministro de hasta 2 meses o \$105 por un suministro de hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto independientemente del nivel de costo compartido incluso si no ha pagado su deducible.

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

Sección 5.5 Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que los gastos de bolsillo para el año alcancen los \$2,100

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que el total de sus gastos de bolsillo alcancen los \$2,100. Luego pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

La *EOB de la Parte D* que recibe lo ayudará a llevar la cuenta de cuánto han gastado usted, nuestro plan y cualquier tercero en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de costos de bolsillos de \$2,100 en un año.

Le avisaremos si alcanza este monto. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 La etapa de cobertura catastrófica

En la etapa de cobertura catastrófica, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted ingresa en la etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo llegan al límite de \$2,100 para el año calendario. Una vez que esté en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago durante el resto del año calendario.

SECCIÓN 7 Lo que paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran un beneficio médico y están cubiertas bajo la Parte B y otras se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin ningún costo incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener más información sobre la cobertura y los costos compartidos para vacunas específicas.

Nuestra cobertura consta de 2 partes para las vacunas de la Parte D:

- La primera parte es por el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte es por el costo de **administrarle la vacuna**. A veces, esto se llama “administración” de la vacuna.

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

Sus costos para una vacuna de la Parte D dependen de 3 cosas:

1. Si el Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (ACIP) recomienda la vacuna para adultos.

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

2. Dónde recibe la vacuna.

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

3. ¿Quién le administra la vacuna?

- Un farmacéutico u otro proveedor pueden ponerle la vacuna en la farmacia. O puede ponérsela un proveedor en el consultorio de su médico.

Lo que usted paga al momento de recibir una vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y en qué **etapa de pago del medicamento** esté.

- Cuando recibe una vacuna, es posible que deba pagar el costo completo tanto de la vacuna en sí como del proveedor que se la administró. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que nos corresponde del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D, esto significa que le reembolsaremos el costo total que pagó.
- En otros momentos, cuando recibe una vacuna, usted pagará solo su parte del costo de acuerdo con su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D, usted no paga nada.

A continuación, hay 3 ejemplos de maneras en las que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Puede recibir la vacuna de la Parte D en cualquier farmacia de la red. Esta opción dependerá de dónde viva usted. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D, usted no paga nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará su coaseguro a la farmacia por la vacuna en sí, que incluye el costo de aplicársela.
- Nuestro plan pagará el importe restante.

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

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

- Cuando reciba la vacuna, puede que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y de la aplicación por parte del proveedor.
- Luego, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva la parte correspondiente del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto completo que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coaseguro por la vacuna (incluida la administración)

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no paga nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará su coaseguro a la farmacia por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, puede que deba pagar el costo completo por este servicio.
- Luego, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva la parte correspondiente del costo mediante los procedimientos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto completo que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coaseguro por la administración de la vacuna. Si recibe Ayuda Adicional, le reembolsaremos esta diferencia. Las vacunas del formulario cuestan \$0 en la farmacia

CAPÍTULO 7:

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería pedirnos que paguemos nuestra parte por los servicios o medicamentos cubiertos

Los proveedores de nuestra red le facturan directamente al plan por los servicios y medicamentos cubiertos, usted no debería recibir una factura por los servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por la atención médica o los medicamentos que recibió, envíenos esta factura para que podamos pagarla. Cuando usted nos envíe la factura, la analizaremos y decidiremos si los servicios y medicamentos deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían cubrirse, le pagaremos directamente al proveedor.

Si ya pagó por un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (la devolución de dinero con frecuencia se llama **reembolso**). Usted tiene derecho a que nuestro plan le devuelva el dinero cada vez que pague más que su parte del costo por los servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Es posible que haya plazos que deba cumplir para que le devolvamos el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envía una factura que ya ha pagado, la analizaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían cubrirse, le devolveremos el dinero por los servicios o medicamentos.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por un monto superior a su parte de los costos compartidos. Primero intente resolver el tema de la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en vez de pagarla. Analizaremos la factura y decidiremos si los servicios deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían cubrirse, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor tiene contrato con nosotros, usted sigue teniendo derecho a recibir tratamiento.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibí por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Ejemplos de situaciones en las que es posible que necesite pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que haya recibido.

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o urgencia de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

- Puede recibir servicios de emergencia o urgencia de cualquier proveedor, sin importar si el proveedor pertenece o no a la red. En estos casos, pídale al proveedor que le facture al plan.
- Si usted paga el monto total en el momento en que recibe la atención, pídanos el reembolso. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor donde se le solicite un pago que usted cree que no debe. Envíenos esta factura junto con la documentación de los pagos que ya haya realizado.
 - o Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
 - o Si usted ya ha pagado por el servicio, le devolveremos el dinero.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar a nuestro plan directamente. Sin embargo, a veces cometen errores y le solicitan a usted que pague por sus servicios.

- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si le pagó una factura a un proveedor de la red, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado. Pídanos que le devolvamos el dinero por sus servicios cubiertos.

3. Si su inscripción en nuestro plan es retroactiva

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

Si su inscripción en nuestro plan fue retroactiva y pagó de su bolsillo cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos los gastos. Deberá presentar la documentación correspondiente, como los recibos y las facturas, para poder procesar el reembolso.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos el reclamo directamente. Cuando eso suceda, usted debe pagar el costo total de su receta médica.

Conserve su recibo y envíenos una copia para solicitarnos que le devolvamos la parte del costo que nos corresponde. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias especiales. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para conocer más información sobre estas circunstancias. Es posible que no le paguemos la diferencia entre lo que usted 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 una receta médica porque no lleva su tarjeta de miembro de nuestro plan con usted

Si no lleva su tarjeta de miembro del plan con usted, puede solicitarle a la farmacia que llame a nuestro plan o que consulte su información de inscripción del plan. Si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita inmediatamente, es posible que deba pagar el costo total de la receta médica.

Conserve su recibo y envíenos una copia para solicitarnos que le devolvamos la parte del costo que nos corresponde. Es posible que no le paguemos el costo completo si el precio en efectivo que pagó es mayor que el precio acordado para la receta médica.

6. Cuando usted paga el costo total de una receta médica en otras situaciones

Puede pagar el costo total de la receta médica porque descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la lista de medicamentos de nuestro plan o podría tener un requisito o restricción que no conocía o que no creía que aplicara a su caso. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es probable que deba pagar el costo total.
- Conserve su recibo y envíenos una copia para solicitarnos que le devolvamos el dinero. En algunas situaciones, es posible que debamos obtener más información de su médico para que le devolvamos nuestra parte del costo del medicamento. Es posible que no le paguemos el costo completo si el precio en efectivo que pagó es mayor que el precio acordado para la receta médica.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o medicamento deberían cubrirse. Esto se llama tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debería cubrirse, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibí por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero ya sea por teléfono o a través de una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y documentación de cualquier pago que haya realizado. Le recomendamos hacer una copia de la factura y los recibos para sus registros. **Debe presentarnos su reclamo dentro de los primeros doce meses** de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para garantizar que nos está dando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamos para solicitar el pago.

- No es necesario que use el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.

Si no utiliza el formulario, incluya lo siguiente:

- o Nombre completo
- o ID del miembro
- o Dirección y correo electrónico del miembro
- o Recibo o copia del recibo del servicio
- o Nombre y número de ID del proveedor
- o Número de teléfono del proveedor
- o Fecha del servicio
- o Diagnóstico, si se conoce

Si está relacionado con un medicamento, incluya también:

- o Nombre del medicamento
 - o Recibo o copia del recibo del servicio o el medicamento
 - o Farmacia donde se surtió el medicamento
 - o Teléfono de la farmacia
 - o Fecha en que se surtió la medicación
 - o Diagnóstico, si se conoce
 - o Nombre y número de ID del proveedor
 - o Número de teléfono del proveedor
- Descargue una copia del formulario en nuestro sitio web www.amerhealthcaritasvipcare.com/fl o llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para TTY) y solicite el formulario.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibí por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Envíenos su solicitud de pago por correo junto con todas las facturas o los recibos pagados a esta dirección:

Para servicios médicos:	Para medicamentos:
AmeriHealth Caritas VIP Care PO Box 7139 London, KY 40742-7108	AmeriHealth Caritas VIP Care Attn: Direct Member Reimbursement PO Box 516 Essington, PA 19029

SECCIÓN 3 Examinaremos su solicitud de pago para decidir si pagaremos o no

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos alguna información adicional. De lo contrario, analizaremos su solicitud y tomaremos una decisión sobre la cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted cumplió con todas las normas, le pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse todo el monto que pagó (por ejemplo, si obtiene un medicamento de una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que nuestro precio acordado). Si todavía no ha pagado el servicio o el medicamento, enviaremos el pago directamente al proveedor por correo.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo de la atención o el medicamento. Le enviaremos una carta que explicará los motivos por los que no le enviamos el pago y sus derechos para apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le decimos que no pagaremos la atención médica o el medicamento en su totalidad o en parte, puede presentar una apelación

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación no está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para consultar los detalles sobre cómo presentar una apelación, vaya al Capítulo 9 de este documento

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

Sección 1.1 Debemos brindarle información de una manera conveniente para usted y en consonancia con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.).

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de forma competente culturalmente y sean accesibles para todos los inscritos, incluidos aquellos con una competencia limitada en inglés, comprensión lectora limitada, discapacidad auditiva, o aquellos con orígenes culturales y étnicos diversos. Entre los servicios que nuestro plan ofrece para cumplir con estos requisitos de accesibilidad están los servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teletipo o teléfono con teclado).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle materiales en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo si los necesita. Tenemos la obligación de darle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para recibir información de nuestra parte de una manera que funcione para usted, llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para TTY).

Nuestro plan debe ofrecerles a las mujeres inscritas la opción de tener acceso directo a especialistas en salud de la mujer dentro de los servicios de atención médica rutinaria y preventiva para mujeres.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Si en nuestra red no hay disponibles proveedores de una especialidad, tenemos la responsabilidad de localizar a proveedores fuera de la red que le brinden la atención necesaria. En ese caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hubiera ningún especialista en la red de nuestro plan que cubriera un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre cómo recibir este servicio a un costo compartido dentro de la red.

Si tiene algún problema para recibir información de parte de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, ver a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja formal ante Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para TTY). También puede presentar una queja ante Medicare a través del 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 Nuestro plan debe respetar sus derechos y consideraciones culturales como

Sección 1.1 Debemos brindarle información de una manera conveniente para usted y en consonancia con sus consideraciones culturales (en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.).

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de forma culturalmente competente y sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas aquellas con una competencia limitada en inglés, comprensión lectora limitada, discapacidad auditiva, o aquellas personas con orígenes culturales y étnicos diversos. Entre los ejemplos sobre cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad, se encuentran, entre otros, ofrecer servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos, o dispositivos TTY (teletipo o teléfono con teclado).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Además, de ser necesario, podemos brindarle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo. Tenemos la obligación de darle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros en una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Nuestro plan debe ofrecer a las mujeres inscritas la opción de tener acceso directo a especialistas en salud para la mujer dentro de los servicios de atención médica rutinaria y preventiva para mujeres.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Si los proveedores de la red de nuestro plan relacionados con una especialidad no se encuentran disponibles, es responsabilidad del plan localizar a proveedores de especialidad fuera de la red que le brinden la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará el costo compartido que corresponde a la red. Si se encuentra en una situación en la que no se encuentra disponible un especialista dentro la red de nuestro plan que cubra un servicio que necesite, es necesario que llame a nuestro plan para obtener información sobre cómo obtener este servicio de costo compartido dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, consultar un especialista en la salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja formal ante Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede presentar una queja ante Medicare a través del 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o por TTY al 1-800-537-7697.

SEKSYON 1 Plan nou an sipoze respektè dwa w yo ak sansibilite kiltirèl ou antanke manm plan an.

SEKSYON 1 Plan nou an sipoze respektè dwa w yo ak sansibilite kiltirèl ou

Seksyon 1.1 Nou sipoze ba w enfòmasyon yon fason ki apwopriye pou ou e ki respektè sansibilite kiltirèl ou (nan lang ki pa anglè, nan ekriti bray, nan gwo karaktè oswa nan lòt fòm, pa egzanp)

Plan nou an gen obligasyon pou asire li tout moun ki enskri yo resevwa tout sèvis yo, kit se sèvis klinik, kit se sèvis ki pa klinik, yon fason ki konpetan selon kilti yo ak yon fason ki aksesib. Sa gen ladan l sèvis pou moun ki pa fò nan anglè, ki limite nan kapasite pou yo fè lekti, ki gen pwoblèm pou tande oswa ki soti nan diferan kilti ak gwoup etnik. Kèk egzanp sou sa plan nou an ka fè pou satisfè jan de bezwen sa yo nan domèn aksesibilite, san pa gen limit nan egzanp sa yo, se bay sèvis tradiksyon, sèvis entèpretasyon, tele-enprimè oswa koneksyon nan sèvis TTY (telefòn tèks oswa telefòn tele-enprimè).

Plan nou an gen sèvis entèpretasyon ki gratis pou reponn kesyon moun ki pa pa anglè yo genyen yo. Epiou, depi ou bezwen sa, nou ka ba w enfòmasyon oswa dokiman nan ekriti bray, nan gwo karaktè oswa nan lòt fòm san sa pa koute w anyen. Nou gen obligasyon pou n ba w enfòmasyon sou benefis ki fè pati plan nou an nan yon fòm ki aksesib e ki apwopriye pou ou. Pou jwenn enfòmasyon yon fason ki adapte ak bezwen w yo nan men nou, rele ekip sèvis pou manm yo nan 1-833-535-3767 (moun ki itilize sèvis TTY la ka rele nan 711).

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Plan nou an gen obligasyon pou bay fi ki enskri yo posiblite pou yo gen yon aksè dirèk nan yon espesyalis sante fi ki fè pati rezo a pou yo ka jwenn sèvis swen sante woutin ak sèvis swen sante prevansyon pou fi.

Si pa gen pwofesyonèl sante ki disponib nan rezo plan nou an pou yon espesyalite, plan nou an sipoze jwenn yon pwofesyonèl espesyalize ki pa fè pati rezo a pou l ba w swen ou bezwen yo. Nan ka sa a, w ap annik peye pou depans pataje ou t ap peye pou yon sèvis ou jwenn nan rezo a. Si w rive nan yon sitiyasyon kote pa gen espesyalis nan rezo plan nou an pou ba w sèvis ou bezwen an, rele plan an pou jwenn enfòmasyon sou kote ou ka jwenn sèvis sa a pou depans pataje ou t ap peye pou yon sèvis ou jwenn nan rezo a.

Si w gen difikilte pou jwenn enfòmasyon nan men plan nou an yon fason ki aksesib e ki apwopriye pou ou, pou al kay yon espesyalis sante fi oswa pou jwenn yon espesyalis nan rezo a, rele pou depoze yon reklamasyon bay ekip sèvis pou manm yo nan 1-833-535-3767 (moun ki itilize sèvis TTY la ka rele nan 711). Epitou, ou ka rele nan 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) pou depoze yon plent bay Medicare oswa ou ka rele Biwo pou Dwa Sivil la dirèkteman nan 1-800-368-1019 oswa nan TTY 1-800-537-7697.

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

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red de nuestro plan que le brinde y coordine los servicios cubiertos. No exigimos que obtenga referencias médicas para acudir a proveedores de la red. No es necesaria una referencia médica para ver a un especialista.

Tiene derecho a recibir consultas y servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *dentro de un periodo razonable*. Esto incluye el derecho a obtener servicios en tiempo y forma de especialistas cuando necesite esta atención. También tiene derecho a surtir o recargar sus recetas médicas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin largas demoras.

Si considera que no está recibiendo la atención médica o los medicamentos de la Parte D en un periodo razonable, el Capítulo 9 le indica lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Su información médica personal incluye la información personal que usted nos dio cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y sobre la manera en que se usa su información médica. Le brindamos un aviso escrito llamado *Aviso de prácticas de privacidad*, que habla sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.
www.amerihealthcaritasvipcare.com/content/dam/amerihealth-caritas/vip-care/pdf/fl/notice-of-privacy-practices.pdf.coredownload.inline.pdf

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información médica a alguien que no le brinde su atención o pague por ella, *estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito o el de alguien a quien usted haya dado un poder legal para tomar decisiones por usted.*
- Hay algunas excepciones en las que no tenemos la obligación de obtener primero su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o exigidas por la ley.
 - Se nos exige divulgar información médica a las agencias gubernamentales que supervisan la calidad de la atención.
 - Debido a que es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a brindar a Medicare su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y las regulaciones federales; por lo general, esto requiere que la información que lo identifica de manera única no sea compartida.

Puede ver la información en sus registros y saber de qué modo se ha compartido.

Tiene derecho a ver los registros médicos que conserva nuestro plan y obtener una copia. Podemos cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a solicitarnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si solicita que lo hagamos, trabajaremos con su proveedor médico para decidir si es necesario realizar los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con fines que no sean de rutina.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para TTY).

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care, tiene derecho a que le brindemos distintos tipos de información.

Si quiere alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para TTY):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a recibir información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias en nuestra red y la manera en que les pagamos a los proveedores en nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir cuando la use.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 brindan información sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre por qué no se cubren determinadas cosas y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 brinda información sobre cómo pedir una explicación por escrito con los motivos de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 además brinda información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, que también se llama apelación.

Sección 1.5 Tiene derecho a saber sobre sus opciones de tratamiento y a participar en la toma de decisiones sobre su atención

Tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Los proveedores deben explicarle su afección y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre el mejor tratamiento para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, sin importar el costo o si nuestro plan las cubre. También incluye que le informen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicaciones y a utilizar los medicamentos de forma segura.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen sobre cualquier riesgo implícito en su atención. Se le debe informar de antemano si la atención médica o el tratamiento propuesto son parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar el hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que se quede. También tiene derecho a dejar de tomar su medicación. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, acepta toda la responsabilidad de lo que le sucede a su cuerpo en consecuencia.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no es capaz de tomar decisiones médicas por su cuenta.

A veces, las personas no pueden de tomar decisiones de atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas** por usted si en algún momento no puede tomar decisiones por usted mismo.
- **Dar a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo quiere que manejen su atención médica si no puede tomar decisiones por usted mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones por anticipado en estas situaciones se llaman **voluntades anticipadas**. Los documentos como el **testamento en vida** y el **poder notarial para la atención médica** son ejemplos de voluntades anticipadas.

Cómo preparar un voluntad anticipada para dejar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de voluntad anticipada con su abogado, un trabajador social o algunas tiendas de insumos para oficinas. A veces puede obtener los formularios de voluntad anticipada en las organizaciones que brindan información sobre Medicare.
- **Complete el formulario y fírmelo.** No importa de donde saque el documento, se trata de un documento legal. Le recomendamos solicitar la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Dele copias del formulario a las personas adecuadas.** Entréguele una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que tomará decisiones por usted si no puede hacerlo por cuenta propia. Le recomendamos que haga copias para sus amigos cercanos o familiares. No olvide conservar una copia en casa.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Si sabe con anticipación que lo van a hospitalizar y ha firmado una voluntad anticipada, **lleve una copia con usted al hospital.**

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de voluntad anticipada y si lo tiene consigo.
- Si no ha firmado un formulario de voluntad anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

No es obligatorio llenar una voluntad anticipada, usted decide (incluso si quiere firmar una en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención o discriminarlo por haber firmado o no una voluntad anticipada.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firma una voluntad anticipada y cree que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones que indica el documento, puede presentar una queja ante la Agencia para la Administración de la Atención Médica.

Agency for Health Care Administration
Mail Stop #58

Tallahassee, FL 32308

1-888-419-3456

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hayamos tomado

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. Sin importar lo que haga —solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja—, **tenemos la obligación de brindarle un trato justo.**

Sección 1.7 Si cree que lo están tratando de manera injusta o que no se están respetando sus derechos

Si cree que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, grupo étnico, credo (creencias), edad u origen nacional, 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 llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Si considera que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos y *no* se trata de un caso de discriminación, puede conseguir ayuda para resolver el problema que tiene en alguna de las siguientes instancias:

- **Llame a Servicios al Miembro de nuestro plan al 1-833-535-3767 (711 para TTY).**
- **Llame a su SHIP local**, Atención a las Necesidades de Ancianos Respecto a los Seguros de Salud (SHINE), al 1-800-96-ELDER (1-800-963-5337).
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (1-877-486-2048 para usuarios de TTY).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Consiga más información sobre sus derechos de estos lugares:

- **Llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para TTY).**
- **Llame a su SHIP local**, Atención a las Necesidades de Ancianos Respecto a los Seguros de Salud (SHINE), al 1-800-96-ELDER (1-800-963-5337).
- **Contacte a Medicare**
 - o Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Medicare Rights & Protections* (*Derechos y protecciones de Medicare*) (disponible en: [Derechos y protecciones de Medicare](#))
 - o Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (1-877-486-2048 para usuarios de TTY)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

Esto es lo que necesita hacer como miembro de nuestro plan. Si tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (los usuarios de TTY deberán llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para recibir estos servicios cubiertos.** Utilice esta *Evidencia de Cobertura* para saber lo que está cubierto y las normas que debe seguir para recibir los servicios cubiertos.
 - o Los Capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre los servicios médicos.
 - o Los Capítulos 5 y 6 brindan detalles sobre su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura médica o cobertura de medicamentos con receta además de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos al respecto.** El Capítulo 1 le indica cómo coordinar estos beneficios.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Dígale a su médico y demás proveedores médicos que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de membresía de nuestro plan cuando reciba atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Facilite la atención que recibe de médicos y otros proveedores al darles información, formular preguntas y hacer el seguimiento de su atención.**
 - Para ayudarlo a obtener la mejor atención posible, informe a sus médicos y demás proveedores médicos sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluso medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de hacerla y de recibir una respuesta que pueda comprender.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que usted actúe de manera tal que ayude al buen funcionamiento del consultorio médico, de los hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir como miembro de nuestro plan. Si tiene Medicaid completo, el programa de Medicaid estatal pagará por las primas de la Parte A y la Parte B.
 - Para la mayoría de los medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando obtiene el medicamento.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan,** necesitamos saberlo para que podamos mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o la Junta de Retiro de Empleados Ferroviarios).**

CAPÍTULO 9:

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

Sección 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los procesos para resolver problemas e inquietudes. El proceso que usted utiliza para manejar su problema depende de 2 cosas:

1. Si su problema se relaciona con beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si le gustaría ayuda para decidir si usar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, o ambos, llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para TTY).
2. El tipo de problema que tiene:
 - Para algunos problemas, debe usar el **proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones**.
 - Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas** (también llamadas quejas formales).

Medicare ha aprobado estos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que tanto usted como nosotros debemos cumplir.

La información en este capítulo lo ayudará a identificar el proceso correcto para utilizar y qué hacer.

Sección 1.1 Términos legales

En este capítulo, se utilizan términos legales para explicar algunas normas, procedimientos y tipos de plazos. Muchos de estos términos son extraños para la mayoría de las personas. Para facilitar las cosas, en este capítulo se usan palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarlo a saber cuáles términos usar para recibir la ayuda o información correcta, incluimos estos términos legales al dar detalles para manejar situaciones específicas.

Sección 2 Dónde recibir más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, tenemos la obligación de respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debería llamar a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para TTY) para pedir ayuda. En algunas situaciones, es posible que además quiera recibir asistencia u orientación de alguien que no esté conectado con nosotros. Dos organización que puede ayudar:

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP).

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. Los asesores en este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para resolver el problema que tiene. También pueden responder preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos. Atención a las Necesidades de Ancianos Respecto a los Seguros de Salud (SHINE), 1-800-96-ELDER (1-800-963-5337).

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda:

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

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Agency for Health Care Administration

2727 Mahan Drive

Tallahassee, FL 32308

Teléfono: 1-888-419-3456 (TDD 1-800-955-8771)

De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Puede obtener ayuda e información de la Organización para la Mejora de la Calidad

Acentra Health

5201 West Kennedy Blvd.

Suite 900

Tampa, FL 33609

1-888-317-0751 (TTY 711)

De 9:00 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes y de 11:00 a. m. a 4:00 p. m. los sábados, domingos y feriados. También puede dejar un mensaje las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

SECCIÓN 3 Qué procesos usar para su problema

Como usted tiene Medicare y recibe ayuda de Medicaid, puede utilizar diferentes procesos para manejar su problema o queja. El proceso que usted utiliza depende de si el problema se relaciona con los beneficios de Medicare o con los beneficios de Medicaid. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por Medicare, use el proceso de Medicare. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por Medicaid, use el proceso de Medicaid. Si le gustaría ayuda para decidir si usar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para TTY).

El proceso de Medicare y el proceso de Medicaid se describen en diferentes partes de este capítulo. Para averiguar qué parte debería leer, utilice el cuadro siguiente.

¿Su problema es sobre los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid?

Mi problema es sobre los beneficios de **Medicare**.

Vaya a la **Sección 4, Cómo manejar los problemas con sus beneficios de Medicare**.

Mi problema es sobre la cobertura de **Medicaid**.

Vaya a la **Sección 12, Cómo manejar los problemas con sus beneficios de Medicaid**.

SECCIÓN 4 Cómo manejar sus problemas con los beneficios de Medicare

¿Su problema o inquietud se relaciona con los beneficios o la cobertura?

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos de la Parte B) está o no está cubierta, la manera en que está cubierta y los problemas relacionados con el pago por la atención médica.

Sí.

Vaya a la **Sección 5, Una guía sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones**.

No.

Vaya a la **Sección 11, 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 5 Una guía sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se encargan de 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 facilitar el proceso, por lo general, nos referimos a los artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisión de cobertura y apelación para cuestiones como si algo está cubierto o no y la manera en que lo está.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si quiere saber si cubrimos su atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de nuestro plan lo refiere a un especialista médico que no pertenece a la red, esta referencia médica se considera una decisión de cobertura favorable a menos que usted o su médico de la red puedan demostrar que usted recibió un aviso de rechazo estándar para este especialista médico, o que la *Evidencia de Cobertura* deje claro que el servicio derivado no está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no sabe con certeza si cubrimos un servicio médico en particular o si se niega a brindar la atención médica que usted cree que necesita.

Solo se desestimará una solicitud de decisión de cobertura bajo circunstancias limitadas, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de lo anterior incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre sin estar legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso que explicará por qué se ha desestimado la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

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

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir el beneficio, y usted no está conforme, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Bajo ciertas circunstancias, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación la revisan otros revisores que no son los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, se llama apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para revisar si seguimos todas las normas correctamente. Una vez que completamos la revisión, le informamos nuestra decisión.

Solo se desestimará una solicitud de apelación de Nivel 1 bajo circunstancias limitadas, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de lo anterior incluyen si la

solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre sin estar legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso que explicará por qué se ha desestimado la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos su apelación de Nivel 1 de manera total o parcial para la atención médica, su apelación pasará automáticamente al Nivel 2, que será llevada a cabo por una organización de revisión independiente que no está conectada con nosotros.

- No tiene que hacer nada para iniciar la apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación por atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Vaya a la **Sección 6.4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 por atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se abordan en la Sección 7.

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

Sección 5.1 Reciba ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Si decide solicitar algún tipo de decisión sobre la cobertura o apelar una decisión, tiene a su disposición los siguientes recursos:

- **Llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (los usuarios de TTY deberán llamar al 711).**
- **Reciba ayuda gratuita** del Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico.
- **Su médico puede presentar una solicitud en su nombre.** Si su médico lo ayuda en una apelación después del Nivel 2, deberá designarlo como su representante. Llame a Servicios al Miembro y solicite el formulario llamado *Designación de representante* (el formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.amerihealthcaritasvipcare.com/content/dam/amerihealth-caritas/vip-care/pdf/fl/member/eng/form-appoint-representative.pdf.coredownload.inline.pdf)
 - o Para recibir atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es rechazada en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.

- o Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otro recetador pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es rechazada, su médico o recetador podrá solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - o Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para TTY) y solicite el formulario de *Designación de representante*. El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.amerihealthcaritasvipcare.com/content/dam/amerihealth-caritas/vip-care/pdf/fl/member/eng/form-appoint-representative.pdf.coredownload.inline.pdf. Este formulario le permite a esa persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que quiere que actúe en su nombre. Deberá darnos una copia del formulario firmado.
 - o Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, se desestimarán su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito que explica su derecho a solicitarle a la organización de revisión independiente que revise la decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. Hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si califica. Sin embargo, **no es obligatorio contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión sobre la cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.2 Normas y fechas límite para diferentes situaciones

Hay 4 situaciones diferentes que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene normas y fechas límite diferentes. Le damos los detalles para cada una de estas situaciones:

- **Sección 6:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

- **Sección 7:** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8:** Cómo solicitarnos que cubramos una admisión hospitalaria más larga si considera que le están dando el alta demasiado pronto
- **Sección 9:** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto (*solo aplica a estos servicios:* atención médica domiciliaria, atención en un establecimiento de enfermería especializada y servicios integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios [CORF])

Si no sabe qué información aplica a su caso, llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para TTY). También puede recibir ayuda o información de parte de su SHIP.

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

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener la cobertura de la atención médica o si quiere que le devolvamos lo que gastó en su atención

Sus beneficios para la atención médica se describen en el Capítulo 4 en el cuadro de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud por un medicamento de la parte B. En esos casos, explicaremos cómo las normas para medicamentos de la parte B son diferentes de las normas para artículos médicos y servicios.

Esta sección explica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de estas 5 situaciones:

1. No está recibiendo cierta atención médica y cree que nuestro plan cubre esta atención. **Pida una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico quieren brindarle, y usted cree que nuestro plan cubre esta atención. **Pida una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir, pero dijimos que no pagaríamos por esta atención. **Presente una apelación Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó por atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir, y quiere solicitarle a nuestro plan que realice el reembolso del costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**

5. Le informan que la cobertura para cierta atención médica que ha estado recibiendo y que anteriormente aprobamos se reducirá o interrumpirá, y usted considera que reducir o interrumpir esta atención podría perjudicar su salud. **Presente una apelación Sección 6.3.**

Nota: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), consulte las Secciones 8 y 9. Se aplican normas especiales para estos tipos de atención.

Sección 6.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

Una decisión de cobertura relacionada con su atención médica se llama **determinación de la organización.**

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

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

Una decisión de cobertura estándar por lo general se toma dentro de los primeros 7 días calendario cuando el artículo médico o servicio está sujeto a nuestras normas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida por lo general se toma dentro de las primeras 72 horas, para servicios médicos, o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si utilizar las fechas límites estándares podría perjudicar gravemente su salud o dañar su capacidad de recobrar su funcionamiento.

Si el médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos darle una decisión rápida de cobertura rápida.

Si solicita la decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos nosotros si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

- Explica que usaremos los plazos estándares.
- Explica si su médico nos pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente tomaremos una decisión de cobertura rápida.
- Explica que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que nos 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 solicitar que autoricemos o brindemos la cobertura de la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 incluye la información de contacto.

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

Para las decisiones de cobertura estándares, usamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los primeros 7 días calendario después de recibir su solicitud del artículo o servicio médico que está sujeto a nuestras normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico que solicitó no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta dentro de los primeros 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta dentro de las primeras 72 horas luego de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos demorarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si cree que *no deberíamos* tomarnos más días, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos nuestra decisión. El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas.

Para las decisiones de cobertura rápidas, usamos un plazo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las primeras 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le responderemos dentro de las primeras 24 horas.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos demorarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

- Si cree que *no deberíamos* tomarnos más días, puede presentar una *queja rápida*. Consulte la Sección 11 para obtener información sobre las quejas. Nos comunicaremos con usted tan pronto como tomemos nuestra decisión.
- Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración escrita que explicará los motivos.

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

Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión a través de una apelación. Esto significa que solicitará de nuevo la cobertura de atención médica que desea. Si hace una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación ante nuestro plan sobre una decisión de cobertura de la atención médica se llama **reconsideración** del plan.

La apelación rápida también se llama **reconsideración acelerada**.

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

Una apelación estándar por lo general se presenta dentro de los primeros 30 días calendario o 7 días calendario para medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida por lo general se realiza dentro de las primeras 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención, usted o su médico tendrán que decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos comunica que su salud exige 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 en la Sección 6.2 de este capítulo.

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

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 incluye la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 incluye información de contacto.

- **Debe hacer su solicitud de apelación dentro de los primeros 65 días calendario** a partir de la fecha en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta de la decisión de cobertura. Si se le pasa este plazo y tiene un buen motivo que lo justifique, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Podríamos otorgarle más tiempo para realizar su apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados pueden incluir una enfermedad grave que le impidió ponerse en contacto con nosotros o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con la decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

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

- Cuando revisamos su apelación, analizamos atentamente toda la información. Revisamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Compilaremos más información si es necesario y podemos contactarlos a usted o a su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las primeras 72 horas posteriores a recibir su apelación.** Le daremos nuestra respuesta con más rapidez si su salud exige que así lo hagamos.
 - o Si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos **tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
 - o Si no le damos una respuesta dentro de las primeras 72 horas (o al final de la extensión del plazo si tomamos más días), tenemos la obligación de enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización independiente la revisará. La Sección 6.4 explica del proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa para todo o parte de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura acordada dentro de las primeras 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le avisará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándares, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los primeros 30 días calendario** luego de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que todavía no ha recibido, le daremos nuestra respuesta **dentro de los primeros 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si su condición médica así lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos demorarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
 - Si cree que *no deberíamos* tomarnos más días, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de la primera 24 horas. Consulte la Sección 11 para obtener información sobre las quejas.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo establecido (o al final del periodo extendido), pasaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2 en la que una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 6.4 explica del proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura dentro de los primeros 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de los primeros 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación**, enviaremos su apelación automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 Proceso de apelación de Nivel 2**Término legal:**

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información es su **expediente. Usted tiene derecho a solicitar una copia de su expediente.**
- Tiene derecho a brindarle información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores en la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Para la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe responder su apelación de Nivel 2 **dentro de las primeras 72 horas** posteriores a recibir su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que podría beneficiarlo, **podrá tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La organización de revisión independiente no puede demorarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Si obtuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los primeros 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los primeros 7 días calendario** luego de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que podría beneficiarlo, **podrá tomar hasta 14 días calendario más.** La organización de revisión independiente no puede demorarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para 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 le explicará los motivos.

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó para un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de **las primeras 72 horas** o prestar el servicio dentro de los primeros 14 días calendario luego de recibir la decisión de la organización de revisión independiente sobre las **solicitudes estándares**. Para **las 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 parte o la totalidad de lo que solicitó para un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o brindar el medicamento de la Parte B dentro de las primeras **72 horas** luego de recibir la decisión de la organización de revisión independiente sobre las **solicitudes estándares**. Para **las solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nuestro plan y considera que su solicitud (o parte de su solicitud) sobre la cobertura de atención médica no debería aprobarse. A esto se le llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**. En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
 - o Explica la decisión.
 - o Le comunica su derecho a una apelación en el Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando cumple con un cierto mínimo. El aviso escrito que recibe de la organización de revisión independiente le dirá el valor en dólares que debe cubrir para continuar el proceso de apelación.
 - o Le explica cómo presentar una apelación de Nivel 3

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea avanzar con el proceso de apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación luego del Nivel 2 (de un total de 5 niveles de apelación). Si desea avanzar a una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso escrito que recibió luego de su apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador se encargará de la apelación de Nivel 3. La Sección 10 explica los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 6.5 Si nos pide que le reembolsemos una factura que recibió por atención médica

No podemos reembolsarle el dinero a usted directamente por un servicio o artículo de Medicaid. Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos por Medicaid, envíenos la factura. **No pague la factura por su cuenta.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor médico si cumplió con las normas para obtener el servicio o el artículo.

Solicitar el reembolso implica una decisión de cobertura de nuestra parte

Si nos envía la documentación para pedir un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, analizaremos si la atención médica que usted pagó está cubierta. También verificaremos si cumplió con las normas para utilizar su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted cumplió con las normas, le enviaremos el pago del costo generalmente entre los primeros 30 y 60 días calendario de haber recibido su solicitud. Si no ha pagado la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* cumplió con todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta que le informará que no pagaremos la atención médica junto con los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la solicitud, **puede presentar una apelación.** Presentar una apelación significa que nos pide que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones en la Sección 6.3. Para apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los primeros 60 días calendario posteriores a recibir su apelación. Si nos está pidiendo que le reembolsemos los costos de la atención médica que ya recibió y pagó de su bolsillo, no tiene permitido solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que tenemos que pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los primeros 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que nos solicitó a usted o al proveedor dentro de los primeros 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 Esta sección explica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Para tener cobertura, el medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Consulte el Capítulo 5 para más información sobre una indicación médicamente aceptada. Para obtener información sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección solamente trata sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente hablamos de *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir *medicamento con receta cubierto para paciente ambulatorio o medicamento de la Parte D* cada vez que se mencione. También usamos el término lista de medicamentos en vez de *lista de medicamentos cubiertos o formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación previa para que lo cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta médica no se puede surtir tal como está escrita, la farmacia le dará una notificación por escrito para explicarle cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones sobre la Parte D

Término legal:

A una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se le llama **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección explica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de estas situaciones:

- Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la lista de medicamentos de nuestro plan. **Pedir una excepción Sección 7.2**

- Para pedir que no apliquemos una restricción sobre la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como los límites en la cantidad de medicamento que puede obtener), **pida una excepción. Sección 7.2**
- Para pedir que su costo compartido sea más bajo para un medicamento cubierto en un nivel de costos compartidos más alto, **pida una excepción. Sección 7.2**
- Cómo recibir una aprobación previa para un medicamento. **Pida una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Si para por un medicamento con receta que ya compró, **pídanos un reembolso. Sección 7.4**

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

Esta sección explica cómo solicitar las decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 Cómo pedir una excepción

Términos legales:

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la lista de medicamentos es una **excepción del formulario**.

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura para un medicamento es una **excepción del formulario**.

Pedir pagar un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferido es una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma en que le gustaría que estuviera 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 u otro recetador tendrá que explicar los motivos médicos por los que necesita que se apruebe la excepción. Estos son 2 ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro recetador pueden pedirnos que hagamos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que corresponde a los

medicamentos en el Nivel 4. No puede solicitar una excepción del monto del costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.

- 2. Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o las restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción que le corresponde, puede pedir una excepción del monto del costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.
- 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costos compartidos más bajo.** Cada medicamento de la lista de medicamentos está en uno de los seis niveles de costos compartidos. En general, cuanto más bajo sea el número del nivel, menos pagará como su parte de los costos del medicamento.
 - Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con el monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que lo cubramos a un costo compartido menor. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su enfermedad.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con el monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con el monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
 - No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento en el nivel 6, medicamentos de atención seleccionados.
 - Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará la cantidad más baja.

Sección 7.3 Cosas importantes que debe saber sobre cómo pedir excepciones

Su médico debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otro recetador deben presentar una declaración que explique los motivos médicos para solicitar una excepción. Para que podamos tomar una decisión más

rápidamente, incluya esta información médica de su médico u otro recetador cuando nos pida la excepción.

Por lo general, nuestra lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se llaman medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo es tan eficaz como el medicamento que está solicitando y no causaría más efectos secundarios u otros problemas médicos, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos pide una excepción de niveles, por lo general no aprobaremos su solicitud de excepción a menos que ninguno de los medicamentos alternativos en el nivel inferior de costos compartidos tenga la misma eficacia para usted o puedan provocar una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta el final del año de nuestro plan. Este es el caso siempre y cuando su médico siga recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante una apelación.

Sección 7.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

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

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

Las decisiones de cobertura estándares se toman dentro de las primeras **72 horas** después de recibir la declaración de su médico. **Las decisiones de cobertura rápidas** se toman dentro de las primeras **24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

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

- Debe estar pidiendo un medicamento que aún no haya recibido. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para recibir un reembolso de un medicamento que ya compró.
- Usar los plazos estándares podría perjudicar gravemente su salud o dañar su capacidad de funcionar.

- **Si su médico u otro recetador nos dice que su salud exige una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita la decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o recetador, decidiremos nosotros si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explica que usaremos los plazos estándares.
 - Explica que, si su médico u otro recetador nos pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente tomaremos una decisión de cobertura rápida.
 - Le indica cómo presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que nos solicitó. Responderemos su queja dentro de las primeras 24 horas de la 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 pedir que autoricemos o brindemos la cobertura de la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada mediante el *formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web:

www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl. El Capítulo 2 incluye la información de contacto. El recetador puede solicitarnos una determinación de cobertura en su nombre. Si desea que otra persona (como un miembro de la familia o un amigo) haga la solicitud por usted, esa persona debe ser su representante. También puede solicitarnos una determinación de cobertura por teléfono llamando al 1-833-535-3767, TTY: **711** o a través de nuestro sitio web en www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto y la información que muestre cuál reclamo rechazado se está apelando.

Usted, su médico (u otro recetador) o su representante pueden hacer esto. También puede tener un abogado que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede dar permiso por escrito a alguien más para que actúe como su representante.

- **Si está pidiendo una excepción, brinde la declaración de respaldo**, que incluye los motivos médicos para la excepción. Su médico u otro recetador pueden enviarnos la declaración por fax o por correo postal. O su médico u otro recetador pueden informarnos por teléfono y hacer el seguimiento al enviar una declaración escrita por fax o por correo postal si fuera necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las primeras 24 horas** luego de recibir su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos una respuesta dentro de las primeras 24 horas luego de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta con más rapidez si su salud exige que así lo hagamos.
 - Si no cumplimos con este plazo, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que acordamos dentro de las primeras 24 horas posteriores a recibir su solicitud o la declaración de su médico que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explicará los motivos. También le diremos cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que usted aún no recibió

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las primeras 72 horas** luego de recibir su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos una respuesta dentro de las primeras 72 horas luego de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta con más rapidez si su salud exige que así lo hagamos.
 - Si no cumplimos con este plazo, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **brindar la cobertura que acordamos dentro de las primeras 72 horas** posteriores a recibir su solicitud o la declaración de su médico que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explicará los motivos. También le diremos cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los primeros 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** también tenemos la obligación de realizarle el reembolso dentro de los primeros 14 días calendario posteriores a recibir su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración escrita que explicará los motivos. También le diremos cómo apelar.

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

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión a través de una apelación. Esto significa pedir nuevamente la cobertura del medicamento que desea. Si hace una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación ante nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina redeterminación del plan.

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

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

Una apelación estándar por lo general se hace dentro de los primeros 7 días calendario. Una apelación rápida por lo general se realiza dentro de las primeras 72 horas. Si su salud lo exige, pida una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico, u otro recetador, 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 en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro recetador deberá comunicarse con nosotros y presentar la apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedir una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándares, debe enviar una solicitud por escrito o llamarnos.** El Capítulo 2 incluye la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, puede enviar su apelación por escrito o llamarnos al 1-833-535-3767 (TTY: 711).** El Capítulo 2 incluye la información de contacto.

- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada mediante el *formulario modelo de solicitud de redeterminación de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web en www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl. Incluya su nombre, información de contacto y los datos relacionados con su reclamo para facilitarnos el procesamiento de su solicitud.
- **Debe hacer su solicitud de apelación dentro de los primeros 65 días calendario** a partir de la fecha en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta de la decisión de cobertura. Si se le pasa este plazo y tiene un buen motivo que lo justifique, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Podríamos otorgarle más tiempo para realizar su apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados pueden incluir una enfermedad grave que le impidió ponerse en contacto con nosotros o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

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

- Cuando revisamos su apelación, miramos de nuevo detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Revisamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico u otro recetador para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las primeras 72 horas posteriores a recibir su apelación.** Le daremos nuestra respuesta con más rapidez si su salud exige que así lo hagamos.
 - o Si no le damos una respuesta dentro de las primeras 72 horas, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos dentro de las primeras 72 horas posteriores a recibir su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué la rechazamos y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar por un medicamento que aún no recibió

- Para las apelaciones estándares, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los primeros 7 días calendario** luego de recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión con mayor rapidez si aún no ha recibido el medicamento y su afección requiere que lo hagamos.
 - Si no tomamos una decisión dentro de los primeros 7 días calendario, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización de revisión independiente la revisará. La Sección 7.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero a más tardar **7 días calendario** luego de recibir su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué la rechazamos y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los primeros 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, también tenemos la obligación de realizarle el reembolso dentro de los primeros 30 días calendario posteriores a recibir su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explicará los motivos. También le diremos cómo apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si presenta otra apelación, significa que su apelación pasa al Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 7.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2**Término legal**

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo hacer 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 debe seguir y cómo comunicarse con la organización.
- **Debe hacer su solicitud de apelación dentro de los primeros 65 días calendario** a partir de la fecha en el aviso escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a una determinación de **riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la organización de revisión independiente.
- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. Esta información es su **expediente**. **Tiene derecho a solicitar una copia de su expediente.**
- Tiene derecho a brindarle información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

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

- Los revisores en la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pídale a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente acepta darle una apelación rápida, la organización de revisión independiente debe responder su apelación de Nivel 2 dentro de las **primeras 72 horas** posteriores a recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándares, la organización de revisión independiente debe responder su apelación de Nivel 2 **dentro de los primeros 7 días calendario** posteriores a recibir su apelación si es para un medicamento que aún no recibió. Si

solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe responder su apelación de Nivel 2 **dentro de los primeros 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

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

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos **proporcionar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por la organización de revisión independiente **dentro de las primeras 24** horas posteriores a recibir la decisión de la organización de revisión independiente.

Para apelaciones estándares:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de la cobertura que solicita,** debemos **proporcionar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por la organización de revisión independiente **dentro de las primeras 72** horas posteriores a recibir la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolsarle** el costo de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los primeros 30 días calendario** posteriores a recibir la decisión de la organización de revisión independiente.

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

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

- Explica la decisión.
- Le comunica su derecho a una apelación en el Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que está solicitando cumple con un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es definitiva.
- Le indica el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea avanzar con el proceso de apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación luego del Nivel 2 (de un total de 5 niveles de apelación).
- Si desea avanzar a una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso escrito que recibió luego de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador se encargará de la apelación de Nivel 3. La Sección 10 explica el proceso de apelación de los Niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una admisión hospitalaria más larga si considera que está recibiendo el alta demasiado pronto

Cuando lo admiten en un hospital, usted tiene derecho a recibir todos los servicios de hospital cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su admisión hospitalaria cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que salga del hospital. Ayudarán a coordinar la atención que puede necesitar después de salir.

- El día que sale del hospital se llama su **fecha de alta**.
- Cuando se decida la fecha de su alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una admisión hospitalaria más prolongada y su solicitud se tendrá en cuenta.

Sección 8.1 Durante su admisión hospitalaria, usted recibirá un aviso escrito de Medicare que explica sus derechos

Dentro de los primeros 2 días calendario de haber sido admitido en el hospital, se le dará un aviso escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare recibirán una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para TTY) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo entiende. Le informa:

- Su derecho a recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de su admisión hospitalaria, según lo indicado por su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquiera de las decisiones sobre su admisión hospitalaria.
- Dónde comunicar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de la atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión del alta si considera que le están dando el alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de pedir que se retrase su fecha de alta para que cubramos la atención en el hospital por más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso escrito para demostrar que usted lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se le solicitará a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
- Firmar el aviso *solo* muestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le indica la fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que usted está aceptando una fecha de alta.

3. Conserve su copia del aviso, ya que así tendrá la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de la fecha del alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada del alta.
- Para ver una copia de este aviso de antemano, llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para TTY) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Para pedirnos que cubramos sus servicios de hospitalización por más tiempo, use el proceso de apelaciones para hacer la solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que tiene que hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para TTY). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) para recibir ayuda personalizada. Atención a las Necesidades de Ancianos Respecto a los Seguros de Salud (SHINE), 1-800-96-ELDER (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 revisa su apelación. Verifica si la fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted. La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y demás profesionales de la salud a quienes el gobierno federal paga para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para las personas con Medicare. Estos expertos no son 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 hospitalaria. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos) le indica cómo comunicarse con esta organización. También puede buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Para hacer su apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad antes de salir del hospital y antes de la medianoche del día del alta.
 - o **Si cumple con este plazo**, podrá permanecer en el hospital después de su fecha de alta sin pagar mientras espera recibir la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad.
 - o **Si no cumple con este plazo**, llámenos. Si decide permanecer en el hospital después de su fecha prevista de alta, es posible que deba pagar todos los gastos de 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 pondrá en contacto con nosotros. Antes del mediodía del día después de que lo contactamos, le daremos un **aviso detallado del alta**. Este aviso indica su fecha programada de alta y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (y médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

- Puede recibir una muestra del **aviso detallado del alta** llamando a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para TTY) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede ver un aviso de ejemplo en línea en www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

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

- Los profesionales médicos de la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que debería continuar la cobertura de sus servicios. No necesita preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también repasarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá un aviso escrito con la fecha programada del alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (y médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad responderá a su apelación.

¿Qué sucede si aceptan la apelación?

- Si la organización de revisión independiente *acepta*, **debemos seguir brindándole los servicios cubiertos de hospitalización siempre y cuando estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponden). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si rechazan la apelación?

- Si la organización de revisión *rechaza la apelación*, están diciendo que la fecha prevista de alta es médicamente correcta. Si esto sucede, **nuestra cobertura para sus servicios de hospitalización terminará al mediodía del día siguiente** después de que la Organización para la Mejora de la Calidad responda a su 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 siguiente en que la Organización para la Mejora de la Calidad responda a su apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación del Nivel 1, usted decide si desea hacer otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad *rechaza* su apelación, y usted se queda en el hospital después de la fecha programada del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa pasar al **Nivel 2** del proceso de apelación.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que analice nuevamente la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de su estadía después de la fecha prevista de alta.

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

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los primeros 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión únicamente si permaneció en el hospital después de la fecha en que la cobertura de la atención había terminado.

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

- Los revisores en la Organización para la Mejora de la Calidad analizarán de nuevo detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los primeros 14 días calendario posteriores a 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 acepta su apelación:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos por la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar brindando la cobertura de la atención hospitalaria siempre y cuando sea médicamente necesaria.**

- Debe continuar pagando su parte de los costos y puede haber limitaciones sobre la cobertura.

Si la organización de revisión rechaza su apelación:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1.
- El aviso que recibirá le explicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si su solicitud es rechazada, tendrá que decidir si quiere llevar su apelación al Nivel 3.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación luego del Nivel 2 (de un total de 5 niveles de apelación). Si desea avanzar a una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso escrito que recibió luego de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador se encargará de la apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto

Cuando está recibiendo servicios cubiertos de **atención domiciliaria, atención en un establecimiento de enfermería o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios)**, tiene derecho a continuar recibiendo los servicios para ese tipo de atención siempre que 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 que recibe, tenemos la obligación de informarle con anticipación. Cuando la cobertura para esa atención finalice, *dejaremos de pagar su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección explica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.1 Le informaremos con anticipación cuándo se termina su cobertura

Término legal:

Aviso de no cobertura de Medicare. Le indica cómo puede solicitar una **apelación por vía rápida**. Solicitar una apelación por la vía rápida es una manera formal y legal de pedir que cambiemos nuestra decisión de cobertura sobre cuándo detener su atención.

- 1. Usted recibe un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que su plan detenga su atención. El aviso le indicará lo siguiente:
 - La fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación por vía rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante más tiempo.
- 2. Se le solicitará a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso escrito para mostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* demuestra que recibió la información sobre cuándo se detendrá su cobertura. **Firmar no significa que usted está de acuerdo** con la decisión del plan de detener la atención.

Sección 9.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por un periodo más largo

Si desea que cubramos su atención por un periodo más largo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que tiene que hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para TTY). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) para recibir ayuda personalizada. Atención a las Necesidades de Ancianos Respecto a los Seguros de Salud (SHINE), 1-800-96-ELDER (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 revisa su apelación. Decide si la fecha en que finaliza su atención es médicamente apropiada. La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y demás expertos de la salud a quienes el gobierno federal paga para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre

cuándo es momento de detener la cobertura de ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Haga su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad y pida una apelación por vía rápida. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. También puede buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Debe contactar a la Organización para la Mejora de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si no cumple con este plazo y quiere presentar una apelación, sigue teniendo derechos de apelación. Contacte a la Organización para la Mejora de la Calidad a través de la información de contacto que está en el Aviso de no cobertura de Medicare. También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

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

Término legal:

Explicación detallada de la no cobertura. Aviso que brinda detalles de los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales médicos de la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué considera que debería continuar la cobertura de sus servicios. No necesita preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan les dé.

- Al final del día en que los revisores le informen sobre su apelación, usted recibirá la *Explicación detallada de no cobertura* de nuestra parte que explica en detalle nuestros motivos para finalizar la cobertura de sus servicios.

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

¿Qué sucede si los revisores aceptan la apelación?

- Si los revisores aceptan su apelación, entonces debemos seguir brindándole el **servicio cubierto siempre y cuando sea médicamente necesario**.
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones sobre sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan la apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le informamos**.
- Si decide seguir recibiendo los servicios de cuidado médico domiciliario, la atención en un establecimiento de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que su cobertura finaliza, **deberá pagar el costo total** de esta atención por su cuenta.

Paso 4: Si rechazan su apelación del Nivel 1, usted decide si desea hacer otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 —y usted decide continuar recibiendo la atención después de que la cobertura haya finalizado—, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por un periodo más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que analice nuevamente la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de su cuidado médico domiciliario, la atención en un establecimiento de enfermería especializada, o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría.

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

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los primeros 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Usted podría solicitar esta revisión únicamente si continuó recibiendo atención después de la fecha en que la cobertura de la atención terminó.
- La información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los primeros 14 días calendario posteriores a recibir su solicitud, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente acepta la apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. **Debemos continuar brindando la cobertura** de la atención siempre y cuando sea médicamente necesaria.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y puede haber limitaciones sobre la cobertura.

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

- Significa que están acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación de Nivel 1.
- El aviso que recibirá le explicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará información sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si rechazan su solicitud, tendrá que decidir si quiere llevar su apelación a otro nivel.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2 (lo que da un total de 5 niveles de apelación). Si desea avanzar a una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso escrito que recibió luego de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador se encargará de la apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este capítulo habla en detalle sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

Sección 10.1 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada si usted 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 del servicio médico para el que ha presentado la apelación 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 podrá seguir apelando. La respuesta escrita que recibe sobre su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones con respecto a apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan de la misma manera que los 2 primeros niveles. A continuación, se indica quién gestiona la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez de derecho administrativo o abogado adjudicador** que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador acepta su apelación, el proceso de apelación *podrá o no* terminar.** A diferencia de una decisión de una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindar la atención médica dentro de los primeros 60 días calendario posteriores a recibir la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con la documentación adjunta que corresponda. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en conflicto.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador rechaza su apelación, el proceso de apelación *podrá o no* terminar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se dará por concluido.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá lo que debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de Apelaciones es parte del gobierno federal.

- **Si aceptan su apelación, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar la decisión favorable de la apelación de Nivel 3, el proceso de la apelación *podrá o no terminar*.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que es favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión y la llevamos al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica dentro de los primeros 60 días calendario posteriores a recibir 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 revisión de la solicitud, el proceso de apelaciones *podrá o no finalizar*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se dará por concluido.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que recibirá le dirá si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y los pasos que debe seguir.

Apelación de Nivel 5

Un juez del tribunal federal del distrito revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *aceptar o rechazar* su solicitud. Esta respuesta es definitiva. No hay más niveles de apelación posteriores al tribunal federal de distrito.

Sección 10.2 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

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

Si el valor del medicamento para el que ha presentado la apelación cumple con cierto monto en dólares, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no podrá continuar apelando. La respuesta por escrito que recibe sobre su apelación de Nivel 2 le explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones con respecto a apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan de la misma manera que los 2 primeros niveles. A continuación, se indica quién gestiona la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez de derecho administrativo o abogado adjudicador** que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, terminará el proceso de apelaciones.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura** del medicamento que fue aprobada por el juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador **dentro de las primeras 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago dentro de los primeros 30 días calendario** posteriores a recibir la decisión.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador rechaza su apelación, el proceso de apelación *podrá o no* terminar.**
 - o Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se dará por concluido.
 - o Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá lo que debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo)** revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de Apelaciones es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones termina.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura** del medicamento que fue aprobada por el Consejo **dentro de las primeras 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago dentro de los primeros 30 días calendario** posteriores a recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo de Apelaciones rechaza la revisión de la solicitud, el proceso de apelaciones *puede o no* finalizar.**
 - o Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se dará por concluido.
 - o Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que recibirá le dirá si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y los pasos que debe seguir.

Apelación de Nivel 5

Un juez del tribunal federal del distrito revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta respuesta es definitiva. No hay más niveles de apelación posteriores al tribunal federal de distrito.

Cómo presentar quejas

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan mediante el proceso de quejas?

El proceso de quejas se usa *solo* para ciertos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan mediante el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica	• ¿No está conforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otras conductas negativas	• ¿Alguien se manejó con falta de educación o respeto con usted? • ¿No está conforme con nuestros Servicios al Miembro? • ¿Siente que lo están alentando a que deje el plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado tiempo para obtenerla? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo han hecho esperar demasiado tiempo? ¿O nuestros Servicios al Miembro o el personal del plan? ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera o de examinación o para obtener una receta médica.
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?

Queja	Ejemplo
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y apelaciones)	Si ya solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y considera que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Esto son algunos ejemplos: • Nos solicitó una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i> y nosotros la rechazamos; puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o las apelaciones; puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Considera que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

A una **queja** también se le llama **queja formal**.

Enviar una queja también se conoce como **presentar una queja formal**.

Usar el proceso de quejas también se conoce como **usar el proceso para interponer una queja formal**.

Una **queja rápida** también se llama **queja formal acelerada**.

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

- **Llamar a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para TTY) por lo general es el primer paso.** Si hay alguna otra cosa que necesite hacer, Servicios al Miembro se lo dirá.

- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó conforme), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- No hay plazo para presentar una queja formal; para presentar una queja interna, llame a Servicios al Miembro al 1-833-852-4433. Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D, debe presentarla dentro de los primeros 60 días calendario después de haber tenido el problema por el que desea presentar la queja.
 - o Si hay algo más que deba hacer, Servicios al Miembro se lo informará.
 - o También puede escribir su queja y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.

Incluya la siguiente información en su queja:

- o Su nombre y dirección.
- o Su número de Medicare (puede encontrar este número en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare).
- o Su número de identificación de miembro (puede encontrar este número en su tarjeta de identificación de miembro).
- o El motivo de su queja.
- o Cualquier información adicional, como las fechas, las horas, las personas y los lugares en cuestión.
- o Una vez completada, envíe su información a esta dirección:

AmeriHealth Caritas VIP Care
Attn: Customer Experience, Grievances, and Complaints
P.O. Box 7140
London, KY 40742

- La mayoría de las quejas se responden dentro de los primeros 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora lo beneficia, o si usted solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito.
 - Si está presentando una queja porque le negaron su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le daremos una “queja rápida”. Si tiene una “queja rápida”, significa que le daremos una respuesta dentro de las primeras 24 horas.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema por el cual quiere presentarla.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le contestaremos inmediatamente.** Si nos llama para poner una queja, es posible que podamos responderle en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los primeros 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora lo beneficia, o si usted solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si está presentando una queja porque le negaron su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le daremos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta dentro de las primeras 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su queja, o no asumimos la responsabilidad del problema por el que está presentando la queja, se lo informaremos.

Sección 11.3 También puede presentar quejas por la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad

Cuando su queja es por la *calidad de la atención*, tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja ante 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 de la salud a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 incluye la información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la Mejora de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 11.4 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre AmeriHealth Caritas VIP Care directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite 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.

Problemas con sus beneficios de Medicaid

SECCIÓN 12 Cómo manejar sus problemas con los beneficios de Medicaid

Para presentar una apelación o queja formal, o presentar una queja sobre su proveedor de Medicaid, los beneficios o los servicios de Medicaid, puede escribir a la dirección siguiente o llamar a la Agencia para la Administración de Atención Médica al 1-888 419-3456 (TDD: 1-800-955-8771), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Agency for Health Care Administration

2727 Mahan Drive

Tallahassee, FL 32308

CAPÍTULO 10:

Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en AmeriHealth Caritas VIP Care puede ser **voluntaria** (su propia decisión) o **involuntaria** (usted no lo decide):

- Podría dejar nuestro plan porque decide que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones contadas en las que se nos exige que cancelemos su membresía. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si dejará nuestro plan, debemos continuar brindándole atención médica y medicamentos con receta, y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que termine su membresía.

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

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

Aquellas personas con Medicare generalmente pueden cancelar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Como usted tiene Medicaid, puede terminar su membresía en nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare durante cualquier mes del año:

- o Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare,
- o Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare (si elige esta opción y recibe Ayuda Adicional, Medicare podrá

inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente), o

- o Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporciona su Medicare y la mayor parte o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un plan.

Nota: Si se desafilia de la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda Adicional y se queda sin cobertura de medicamentos acreditable por un periodo continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

- Llame a la oficina de Medicaid de su estado al 1-888-419-3456 o al 1-877-254-1055 para conocer sus opciones del plan de Medicaid.
- Durante el periodo de **inscripción abierta**, hay otras opciones de planes de salud de Medicare. La Sección 2.2 explica más sobre el periodo de inscripción abierta.
- **Su membresía generalmente terminará el primer día del mes posterior a recibir su solicitud para cambiar de plan.** Su inscripción en el nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción abierta

Puede cancelar su membresía durante el **periodo de inscripción abierta** todos los años. Durante este momento, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el año siguiente.

- El **periodo de inscripción abierta** es desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Opte por mantener su cobertura actual o realizar cambios en su cobertura para el año próximo.** Si decide cambiarse a un plan nuevo, puede elegir entre cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - o Otro plan médico de Medicare con o sin cobertura de medicamentos.
 - o Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare.
 - o Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
 - o Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporciona su Medicare y la mayor parte o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un plan.

Recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente.

Nota: Si se desafilia de la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda Adicional y se queda sin cobertura de medicamentos acreditable durante 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía en nuestro plan terminará** cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1.º de enero.

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** todos los años.

- **El periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1.º de enero al 31 de marzo y también para los beneficiarios nuevos de Medicare que están inscritos en un plan de MA, a partir del mes en que es elegible para la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de su elegibilidad.
- **Durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage**, puede hacer lo siguiente:
 - o Cambiar a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
 - o Cancelar la membresía de nuestro plan y obtener cobertura por medio de Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare durante este periodo, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos de Medicare al mismo tiempo.
- **Su membresía terminará** el primer día del mes después de haberse inscrito en un plan de Medicare Advantage diferente o de que recibimos su pedido de cambiarse a Original Medicare. Si también opta por 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 pedido de inscripción.

Sección 2.4 En determinadas situaciones, puede cancelar su membresía durante un periodo de inscripción especial

En determinadas situaciones, puede ser elegible para cancelar su membresía durante otros momentos del año. A esto se lo conoce como **periodo de inscripción especial**.

Es posible que sea elegible para finalizar su membresía durante un periodo de inscripción especial si alguna de estas situaciones aplica a su caso. Estos son solo ejemplos. Para ver la lista completa, puede contactar a nuestro plan, llamar a Medicare o visitar www.Medicare.gov.

- Por lo general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para la Ayuda Adicional al pagar por su cobertura de medicamentos de Medicare.
- Si violamos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de ancianos o un centro de cuidado a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en un programa de atención integral para personas de la tercera edad (PACE).
- **Nota:** Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que solo sea elegible para ciertos periodos de inscripción especiales. El Capítulo 5, Sección 10, le brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.
- **Nota:** La Sección 2.1 explica más sobre el periodo de inscripción especial para quienes tienen Medicaid.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para saber si es elegible para un periodo 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 Medicare como su cobertura de medicamentos. Usted puede elegir:

- Otro plan médico de Medicare con o sin cobertura de medicamentos.
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare.
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporciona su Medicare y la mayor parte o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un plan.

Nota: Si se desafilia de la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda Adicional y se queda sin cobertura de medicamentos acreditable durante 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos de la cobertura: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos de Medicare, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no inscribirse automáticamente.

Su membresía generalmente terminará el primer día del mes después de que solicita cambiar nuestro plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 explican más sobre el periodo de inscripción especial para aquellos con Medicaid y Ayuda Adicional.

Sección 2.5 Obtenga más información sobre cuándo puede cancelar su membresía

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767** (711 para TTY).
- Encuentre la información en el manual **Medicare y Usted 2026**.
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (1-877-486-2048 para usuarios de TTY).

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

El siguiente cuadro explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan médico de Medicare	Inscríbase en el nuevo plan médico de Medicare. Se le dará de baja automáticamente en AmeriHealth Caritas VIP Care cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare con un plan separado de medicamentos de Medicare.	Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se le dará de baja automáticamente en AmeriHealth Caritas VIP Care cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
Original Medicare sin un plan separado de medicamentos de Medicare.	Envíenos una solicitud de desafiliación por escrito. Llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para TTY) si necesita más información para hacer esto. También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida que lo desafilien. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Será desafiliado de AmeriHealth Caritas VIP Care cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Nota: Si se desafilia de la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda Adicional y se queda sin cobertura de medicamentos acreditable durante 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid, llame a la Agencia para la Administración de la Atención Médica al 1-888-419-3456 o 1-877-254-1055, TDD

1-800-955-8771 o 1-866-467-4970 para las personas con problemas auditivos, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. Pregunte cómo unirse a otro plan o regresar a Original Medicare influye en cómo recibe su cobertura de Medicaid.

SECCIÓN 4 Debe continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos mediante nuestro plan hasta que su membresía termine

Hasta que su membresía de AmeriHealth Caritas VIP Care finalice, y comience su nueva cobertura de Medicare y Medicaid, deberá continuar recibiendo sus artículos, servicios y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe usando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Continúe usando nuestras farmacias de la red o pedidos por correo para poder seguir surtiendo sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día en que su membresía termina, generalmente nuestro plan cubrirá su admisión hospitalaria hasta el momento del alta** (incluso si recibe el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 AmeriHealth Caritas VIP Care debe finalizar la membresía de nuestro plan en ciertas situaciones

AmeriHealth Caritas VIP Care debe cancelar su membresía en nuestro plan si sucede alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no cuenta con la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indicó en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para personas elegibles para Medicare y Medicaid. Si pierde su elegibilidad para Medicaid, el plan lo considerará elegible durante los **seis** meses siguientes al mes en que nos notificaron la pérdida de sus derechos. Le notificaremos por carta y un administrador de cuidados o un representante de Servicios al Miembro podrá brindarle ayuda para recertificar su elegibilidad para Medicaid. Si usted permanece en nuestro plan durante los 6 meses que se consideran para la elegibilidad continua, seguiremos brindando todos los beneficios cubiertos por el plan Medicare

Advantage. Sin embargo, durante este periodo, no seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid que se incluyen bajo el Plan Estatal de Medicaid, ni pagaremos las primas de Medicare o los costos compartidos de los que, de otro modo, el estado sería responsable si usted no hubiese perdido su elegibilidad para Medicaid. El monto que usted paga por los servicios cubiertos de Medicare puede aumentar durante este periodo. Si su Medicaid no se revalida, usted será desafiliado el primer mes luego del periodo estimado de **seis** meses.

- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está lejos de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para TTY) para averiguar si el lugar adonde se muda o viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
- Si es encarcelado (si va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no reside legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que tenga y que ofrece cobertura de medicamentos.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se está inscribiendo en nuestro plan y la información afecta a su elegibilidad para nuestro plan. No podemos hacer que deje nuestro plan por este motivo, a menos que antes obtengamos el permiso de Medicare.
- Si continuamente se comporta de mala manera y hace que nos resulte difícil brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. No podemos hacer que deje nuestro plan por este motivo, a menos que antes obtengamos el permiso de Medicare.
- Si permite que alguien más utilice su tarjeta de miembro para recibir atención médica. No podemos hacer que deje nuestro plan por este motivo, a menos que antes obtengamos el permiso de Medicare.
 - Si cancelamos su membresía por este motivo, Medicare puede hacer que el inspector general investigue su caso.

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para TTY).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud

AmeriHealth Caritas VIP Care no tiene permitido solicitarle que deje nuestro plan por algún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si siente que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la 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, debemos explicarle por escrito los motivos de la cancelación. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja formal o presentar una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y los reglamentos creados bajo la Ley de Seguro Social por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes estatales correspondientes a donde vive. Es posible que esto afecte a sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso contra la discriminación

No discriminamos a las personas por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de 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 Motivos de Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Atención Asequible y todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben financiación federal y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su oficina local para los derechos civiles. 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 tiene una discapacidad y necesita ayuda para recibir atención, llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (711 para TTY). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios al Miembro podrá brindarle ayuda.

Capítulo 11 Avisos legales

AmeriHealth Caritas VIP Care cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. AmeriHealth Caritas VIP Care no excluye a las personas ni las tratan de modo diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

AmeriHealth Caritas VIP Care:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, como:
- Intérpretes calificados en lenguaje de señas.
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos de acceso electrónico, otros formatos).
- Brinda servicios lingüísticos gratuitos (sin cargo) a personas cuyo idioma materno no es el inglés, como:
 - o Intérpretes calificados
 - o Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care al **1-833-535-3767 (TTY:711)**. Estamos disponibles del 1.º de abril al 30 de septiembre de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., y del 1.º de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m.

Si cree que AmeriHealth Caritas VIP Care no ha provisto estos servicios o lo ha discriminado de otra manera en función de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante:

- Por correo postal: AmeriHealth Caritas VIP Care Grievances Department,
Attn: Customer Experience, Grievances, and Complaints
PO Box 7140
London, KY 40742
Teléfono: 1-833-535-3767 (TTY 711)
Fax: 1-833-433-2329
- Puede presentar una queja formal por correo postal, fax o teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care está disponible para brindarle ayuda.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos de manera electrónica a través del portal para quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo postal o teléfono:

Capítulo 11 Avisos legales

U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights Centralized Case Management Operations
200 Independence Avenue, SW Suite 509F, HHH
Building Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, (TDD: 1-800-537-7697)
Fax: 1-202-619-3818
Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

Los formularios de quejas están disponibles en: <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. Según las normativas de los CMS en el Título 42, secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), AmeriHealth Caritas VIP Care, como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de cobro que ejerce la Secretaría según las normativas de los CMS desde la subparte B hasta la D de la parte 411 del Título 42 del CFR y las normas establecidas en esta sección prevalecen sobre las leyes estatales.

CAPÍTULO 12:

Definiciones

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que trabaja exclusivamente con el objetivo de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a los pacientes que no requieren hospitalización y cuya admisión en el centro médico no debería exceder las 24 horas.

Apelación: una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud para cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pago por los servicios o medicamentos que usted ya haya recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Periodo de beneficios: la manera en que Original Medicare mide su uso de los servicios de un hospital y un establecimiento de enfermería especializada (SNF). Un periodo de beneficios comienza el día en que va a un hospital o establecimiento de enfermería especializada. El periodo de beneficio termina cuando no ha recibido ninguna atención hospitalaria como paciente internado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital o establecimiento de enfermería especializada después de que un periodo de beneficios haya terminado, comienza un nuevo periodo de beneficios. No existe ningún límite para el número de períodos de beneficios.

Producto biológico: un medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por lo que 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 efectivos como el producto biológico original. Algunos biosimilares se pueden sustituir por el producto biológico original en la farmacia sin la necesidad de una receta nueva (consulte **“Biosimilar intercambiable”**).

Medicamento de marca: un medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de principios activos que la versión genérica del

Capítulo 12 Definiciones

medicamento. Sin embargo, otros fabricantes de medicamentos fabrican y venden los medicamentos genéricos y generalmente no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca haya vencido.

Etapas de cobertura catastrófica: la etapa del beneficio para medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) ha gastado \$2,100 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Plan de necesidades especiales para atención crónica (C-SNP): la inscripción a los C-SNP está restringida y solo es para las personas elegibles de MA que tengan enfermedades crónicas y graves específicas.

Coaseguro: un monto que puede tener la obligación de pagar, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20%), como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta después de pagar cualquier deducible.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **presentar una queja formal**. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con 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 plazos del proceso de apelaciones.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): un centro médico que principalmente brinda servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, que incluye fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del ambiente en el hogar.

Copago: un monto que puede tener la obligación de pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento con receta. Un copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Costos compartidos: los costos compartidos son los montos que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan para cubrir servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico, o (3) cualquier

Capítulo 12 Definiciones

coaseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Nivel de costos compartidos: cada medicamento en la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los seis niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo del medicamento para usted.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si el plan cubre un medicamento que le recetaron y el monto, si existe, que usted tiene la obligación de pagar por la receta médica. En general, si lleva su receta médica a una farmacia y le dicen que la receta no está cubierta por nuestro plan, no se trata de una determinación de cobertura. Usted debe llamar o escribirle a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. A las determinaciones de cobertura se las llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para abarcar a todos los medicamentos cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los servicios médicos y suministros cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable de medicamentos con receta: la cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de Medicare para los medicamentos con receta. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando son elegibles para Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin tener que pagar una multa si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención que se brinda en un hogar de ancianos, centro para enfermos terminales u otro centro médico cuando usted no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado asistencial, que brindan personas sin habilidades o capacitación profesionales, incluye ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por su cuenta, como utilizar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Tasa diaria de costos compartidos: una tasa diaria de costos compartidos puede aplicarse cuando su médico le escribe una receta para un suministro por menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted está obligado a realizar un copago. Una tasa diaria de costos compartidos es el copago dividido por el número de días de suministro en un mes. Este es un ejemplo: Si su copago por el suministro de un mes de un medicamento es de \$30, y

Capítulo 12 Definiciones

un suministro de un mes en nuestro plan es de 30 días, entonces su tasa diaria de costos compartidos es de \$1 por día.

Deducible: el monto que debe pagar por la atención médica o recetas médicas antes de que nuestro plan pague.

Desafiliar o desafiliación: el proceso de terminar su membresía en nuestro plan.

Tarifa de suministro: una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que dedica el farmacéutico para preparar y empaquetar el medicamento con receta.

Planes de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho a recibir tanto Medicare (Título XVIII de la Ley de Seguro Social) y asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (Título XIX). El estado cubre algunos o todos los costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

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

Equipo médico duradero (DME): cierto equipo médico que su médico ordena por motivos médicos. Por ejemplo, andaderas, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y si está embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de un miembro o la pérdida de la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

Atención médica de emergencia: servicios cubiertos que: (1) son brindados por un proveedor habilitado para ofrecer servicios de emergencia, y (2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia

Evidencia de Cobertura (EOC) e información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro adjunto, cláusula u otra cobertura opcional seleccionada, explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Capítulo 12 Definiciones

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, de aprobarse, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción del formulario) u obtener un medicamento no preferido en un nivel inferior de costos compartidos (una excepción al nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige que pruebe 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 los criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción del formulario).

Ayuda Adicional: un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coaseguro.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que aprobado por la FDA porque contiene el mismo principio activo que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y normalmente cuesta menos.

Queja formal: un tipo de queja que presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluida la queja que se refiere a la calidad de su atención. Esto no implica disputas de cobertura o pago.

Auxiliar de salud a domicilio: una persona que ofrece servicios que no requieren las habilidades de un enfermero certificado o un terapeuta, como ayudar con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el inodoro, vestirse o hacer los ejercicios indicados).

Atención para enfermos terminales: un beneficio que brinda tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe brindarle una lista de centros de atención para enfermos terminales en su área geográfica. Si elige un centro de atención para enfermos terminales y continúa pagando las primas, aún es miembro de nuestro plan. Usted todavía puede recibir todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Admisión hospitalaria: una estadía en el hospital cuando ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, es probable que aún se lo considere un paciente ambulatorio.

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado como se informa en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de un monto determinado, pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un

Capítulo 12 Definiciones

cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima más alta.

Etapas inicial de cobertura: esta es la etapa antes de que sus gastos de bolsillo para el año hayan alcanzado el monto del umbral de gastos de bolsillo.

Periodo de inscripción inicial: cuando es elegible para Medicare por primera vez, el periodo en que puede inscribirse en la Parte A y Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple los 65 años, su periodo de inscripción inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumpla los 65 años, incluye el mes en que cumple los 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple los 65 años.

D-SNP integrado: un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid bajo un único plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas también se denominan personas con doble elegibilidad para beneficios completos.

Determinación integrada de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o el monto que usted tiene que pagar por ellos. A las determinaciones de la organización se las llaman decisiones de cobertura en este documento.

Plan de necesidades especiales institucionales (I-SNP): limita la inscripción a las personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que un centro ofrece, o que viven (y se espera que vivan) por lo menos 90 días seguidos en ciertos centros a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP con equivalencia institucional (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales en centros (FI-SNP).

Plan de necesidades especiales con equivalencia institucional (IE-SNP): un IE-SNP limita la inscripción a las personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que un centro ofrece.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que se puede usar como sustituto para un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, ya que cumple con los requisitos adicionales relacionados con el potencial para la 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 el plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte el apartado de Ayuda Adicional.

Capítulo 12 Definiciones

Programa de descuentos del fabricante: un programa bajo el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y biológicos de la Parte D cubiertos. Los descuentos se basan en contratos entre el gobierno federal y los fabricantes de los medicamentos.

Precio justo máximo: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Monto máximo de gastos de bolsillo: el monto máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos. El dinero que usted paga por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se toman en cuenta para su monto máximo de gastos de bolsillo, la Parte A y la Parte B de la mayoría de nuestros miembros las paga el estado. Si es elegible para la ayuda de costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que contribuya al límite de los gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B (**nota:** debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan alguna vez este gasto máximo de bolsillo).

Medicaid (o Asistencia Médica): un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Si bien los programas estatales de Medicaid varían, la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica para Medicare y Medicaid.

Indicación aceptada médicamente: el uso de un medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por cierta literatura médica, como la información de medicamentos del American Hospital Formulary Service y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex.

Medicamento necesario: servicios, insumos o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

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

Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage: un periodo fijo del 1.º de enero al 31 de marzo en que los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su membresía en el plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este periodo, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage también está

Capítulo 12 Definiciones

disponible durante un periodo 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. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contratos con Medicare para prestarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un Plan de Medicare Advantage puede ser i) una HMO, ii) una PPO, iii) un plan privado de tarifa por servicio (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes médicos de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término servicios cubiertos de Medicare no incluye los beneficios adicionales, como de la vista, dentales o de audición, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

Plan médico de Medicare: un plan médico de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para prestar los beneficios de la Parte A y Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Incluye todos los planes de Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, planes de necesidades especiales, programas de demostración/piloto y programas de atención integral para personas de la tercera edad (PACE).

Cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D de Medicare): seguro para ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos insumos no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Programa de administración de terapia farmacológica (MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades médicas complejas brindado a las personas que cumplen con ciertos requisitos o están en el programa de administración de medicamentos. Los servicios del MTM por lo general incluyen una charla con un farmacéutico o proveedor médico para revisar los medicamentos.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para cubrir *períodos de interrupción de cobertura* en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap.

Capítulo 12 Definiciones

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 fue confirmada por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios al Miembro: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene contratos con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para referirse a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros médicos que están habilitados o certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios médicos. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como el pago total y, en algunos casos, coordinar y brindar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Periodo de inscripción abierta: el periodo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año en que los miembros pueden cambiar sus planes médicos o de medicamentos a Original Medicare.

Producto biológico original: un producto biológico aprobado por la FDA y que sirve de comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare con tarifa por servicio): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por un plan médico privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. Bajo Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago a médicos, hospitales y a otros proveedores médicos de los montos establecidos por el Congreso. Puede ver a cualquier médico, hospital u otro proveedor médico que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene 2 partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proveer medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Capítulo 12 Definiciones

Proveedor fuera de la red o centro médico fuera de la red: un proveedor o centro médico con el que no tenemos un contrato para coordinar u ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son aquellos que no están empleados ni son parte o ni son operados por nuestro plan.

Gastos de bolsillo: consulte la definición anterior de costos compartidos. El requisito de los costos compartidos de un miembro de pagar una parte de los servicios o medicamentos que recibió también se conoce como el requisito de gastos de bolsillo del miembro.

Umbral de gastos de bolsillo: el monto máximo que paga como gastos de bolsillo por medicamentos de la Parte D.

Plan PACE: un plan PACE (programa de atención integral para personas de la tercera edad) combina los servicios y apoyos médicos, sociales y a largo plazo (LTSS) para ayudar a personas frágiles a mantenerse independientes y vivir en su comunidad (en lugar de trasladarse a un hogar de ancianos) durante el tiempo que sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: el programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que la Parte D puede cubrir. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual del plan para la cobertura de medicamentos de Medicare si se queda sin cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare) durante un periodo continuo de 63 días o más después de que usted fue elegible por primera vez para inscribirse en un plan Parte D. Si pierde la Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa un periodo de 63 días consecutivos o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos.

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o un plan médico por la cobertura médica 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 citologías vaginales, vacunas contra la gripe y mamografías).

Capítulo 12 Definiciones

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor de la red a quien consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. En muchos planes médicos de Medicare, usted debe ver a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor médico.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos con base en criterios específicos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el cuadro de beneficios médicos 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.

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales, y los dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna del cuerpo o su función, incluidos suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de la salud a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden estar en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta médica o por un periodo definido.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o una aplicación informática en la cual los miembros pueden buscar información completa, oportuna, clínicamente apropiada, específica para ellos y relacionada con el formulario y los beneficios. Esto incluye los montos de los costos compartidos, medicamentos alternativos del formulario que pueden utilizarse para la misma afección que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Referencia: una orden escrita de parte de su médico de atención primaria para que visite a un especialista o reciba ciertos servicios médicos. Sin una referencia, es posible que nuestro plan no pague por los servicios de un especialista.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen cuidados de rehabilitación para pacientes hospitalizados, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Capítulo 12 Definiciones

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto bajo la Parte D para el que Medicare negoció un precio justo máximo.

Área de servicio: un área geográfica en la que debe vivir para unirse a un plan médico en particular. Los planes que limitan los médicos y los hospitales que puede usar, generalmente se refieren al área donde usted puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio de nuestro plan.

Atención en un establecimiento de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada y de rehabilitación en forma continua, diaria, en un establecimiento de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden administrar un médico o una enfermera registrada.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan de Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada en grupos específicos de personas, como las que tienen Medicare y Medicaid, que residen en un hogar de ancianos o que tienen ciertas enfermedades crónicas.

Costo compartido estándar: es un costo compartido que no es el costo compartido preferido ofrecido en una farmacia de la red.

Terapia escalonada: una herramienta de utilización que exige que primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico puede haberle recetado inicialmente.

Ingreso complementario de seguridad (SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de necesidad urgente: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de necesidad urgente si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o no es razonable recibir este servicio de los proveedores de la red debido al tiempo, el lugar y las circunstancias. Algunos ejemplos de servicios de necesidad urgente son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de dolencias existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de necesidad urgente incluso si está fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no se encuentra disponible temporalmente.

Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care

Método	Servicios al Miembro: información de contacto
Teléfono	1-833-535-3767 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Servicios al Miembro 1-833-535-3767 (711 para usuarios de TTY) también cuenta con servicios de interpretación de idiomas para las personas que no hablen inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
Fax	1-833-433-2329
Correo postal	AmeriHealth Caritas VIP Care, Member Services PO Box 7108 London, KY 40742-7108
Sitio web	www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl

Atención a las necesidades de seguros médicos para personas de la tercera edad (SHINE) (SHIP de Florida)

Atención a las necesidades de seguros médicos para personas de la tercera edad (SHINE) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
Teléfono	1-800-96-ELDER (1-800-963-5337)
TDD	1-800-955-8770
Correo postal	Florida Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 280-S Tallahassee, FL 32399
Sitio web	http://www.floridashine.org/

Declaración de divulgación de PRA. De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de OMB. El número de control válido de OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a esta dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.