1 de enero – 31 de diciembre de 2023

Evidencia de cobertura

Su cobertura de servicios y beneficios médicos y cobertura de medicamentos con receta de Medicare como miembro de Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP)

Este documento le da información sobre la cobertura de atención médica y de medicamentos con receta de Medicare y Medicaid del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para miembros al 888-657-4170. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo estamos disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Este plan, Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP), lo ofrece Ultimate Health Plans. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice "nosotros" o "nuestro", significa Ultimate Health Plans. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP).

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Esta información está disponible en un formato diferente (por ejemplo, braille, letra grande, audio). Comuníquese con los Servicios para miembros si necesita la información del plan en otro formato (los números de teléfono están en la parte de atrás de este cuadernillo).

Los beneficios o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2024.

Tanto el formulario como la red de farmacias y la red de proveedores podrían sufrir modificaciones en cualquier momento. Usted recibirá una notificación cuando sea necesario. Les avisaremos sobre los cambios a los miembros afectados con un mínimo de 30 días de antelación.

Ultimate Health Plans tiene contrato con el programa de Medicaid del estado de Florida para los planes de necesidades especiales con doble elegibilidad.

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

- Su prima y costos compartidos del plan;
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta;
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda, y
- Otras protecciones que exige la ley de Medicare.

H2962_036_EOC23_C

Aprobación OMB 0938-1051 (Válido hasta el: 29 de febrero, 2024)

Evidencia de cobertura para 2023

Índice

CAPÍTULO 1: *Primeros pasos como miembro* 5

SECCIÓN 1 Introducción 6
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? 8
SECCIÓN 3 Material importante de la membresía que recibirá 10
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) 12
SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan 15
SECCIÓN 6 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 16

CAPÍTULO 2: *Teléfonos y recursos importantes* 18

SECCIÓN 1 Contactos de Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con Servicios para miembros) 19
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) 26
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros médicos (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 27
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad 28
SECCIÓN 5 Seguro Social 29
SECCIÓN 6 Medicaid 30
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta 33
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios 33
SECCIÓN 9 ¿Tiene usted un “seguro colectivo” u otro seguro médico de un empleador? 34

CAPÍTULO 3: Cómo usar el plan para sus servicios médicos 35

SECCIÓN 1 Qué debe saber sobre cómo obtener la atención médica como miembro de nuestro plan 36
SECCIÓN 2 Use proveedores de la red del plan para obtener su atención médica 38
SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención, o durante un desastre 43
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo completo de sus servicios? 46

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un "estudio de investigación clínica"? 47

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una "institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud" 49

SECCIÓN 7 Normas para ser propietario del equipo médico duradero 50

CAPÍTULO 4: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)* 53

SECCIÓN 1 Explicación de sus gastos de bolsillo para los servicios cubiertos 54

SECCIÓN 2 Use el *Cuadro de beneficios médicos* para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar 56

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Advantage Plus por Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP)? 149

SECCIÓN 4 ¿Cuáles servicios no están cubiertos por el plan? 150

CAPÍTULO 5: *Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D* 154

SECCIÓN 1 Introducción 155

SECCIÓN 2 Presente sus recetas en una farmacia de la red o mediante el servicio de medicamentos por correo del plan 156

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan 159

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos 162

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto en la manera que le gustaría que estuviera cubierto? 164

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si la cobertura de uno de sus medicamentos cambia? 166

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan? 169

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta 170

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 171

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de los medicamentos y manejo de medicamentos 173

SECCIÓN 11 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en cuál etapa de pago se encuentra 175

CAPÍTULO 6: ***Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*** **... 178**

CAPÍTULO 7: ***Cómo solicitarnos que paguemos su parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*** **... 180**

SECCIÓN 1 Situaciones en las que usted debería pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos ... 181

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el pago o que paguemos una factura que usted recibió ... 184

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no ... 185

CAPÍTULO 8: ***Sus derechos y responsabilidades*** **... 186**

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan ... 187

SECCIÓN 2 Como miembro del plan, usted tiene algunas responsabilidades ... 193

SECCIÓN 3 Ultimate Health Plans cuenta con la acreditación del Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA) ... 194

CAPÍTULO 9: ***Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*** **... 196**

SECCIÓN 1 Introducción ... 197

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada ... 198

SECCIÓN 3 Para solucionar su problema, ¿qué proceso debe usar? ... 199

SECCIÓN 4 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare ... 200

SECCIÓN 5 Una guía para los aspectos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones ... 201

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura ... 204

SECCIÓN 7 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación ... 213

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una estancia en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto ... 224

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura terminará muy pronto ... 232

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y niveles posteriores ... 239

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el Servicio al cliente u otras inquietudes ... 242

SECCIÓN 12 Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicaid ... 246

CAPÍTULO 10: *Cómo cancelar su membresía en el plan*..... 248

SECCIÓN 1 Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan 249

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted cancelar su membresía en nuestro plan? 249

SECCIÓN 3 ¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan?..... 253

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, usted deberá seguir recibiendo servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 255

SECCIÓN 5 Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones..... 255

CAPÍTULO 11: *Avisos legales*..... 258

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable 259

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación 259

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador secundario de Medicare 260

CAPÍTULO 12: *Definiciones de palabras importantes* 261

CAPÍTULO 1:
Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Está inscrito en Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP), que es un plan Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales)

Usted está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años de edad o mayores, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa gubernamental conjunto Federal y estatal que ayuda con costos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía dependiendo del estado y tipo de Medicaid que tiene. Algunas personas con Medicaid obtienen ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también obtienen cobertura de servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare.

Eligió obtener su atención médica de Medicare y Medicaid y su cobertura para medicamentos con receta mediante nuestro plan, Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP). Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan son diferentes a los de Medicare Original.

Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) es un Plan Medicare Advantage especializado (un “Plan de necesidades especiales”), que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) está diseñado para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a la asistencia de Medicaid.

Como recibe asistencia de Medicaid con los costos compartidos de la Parte A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguros), es posible que no pague nada por los servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también puede darle otros beneficios cubriendo servicios de atención médica que generalmente no cubre Medicare. También podría recibir “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta médica de Medicare. Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) lo ayudará a administrar todos estos beneficios para que pueda obtener los servicios de atención médica y la asistencia de pago a los que tiene derecho.

Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) lo maneja una compañía privada. Al igual que todos los Planes Medicare Advantage, este Plan de Necesidades Especiales de Medicare está autorizado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa Medicaid de Florida para coordinar los beneficios de Medicaid. Nos sentimos complacidos de proporcionarle cobertura de atención médica de Medicare y Medicaid, incluyendo su cobertura de medicamentos con receta médica.

La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud elegible (QHC) y cumple el requisito individual de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

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

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención y servicios médicos y a los medicamentos con receta disponibles para usted como miembro de Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP).

Si es un miembro nuevo, es importante que sepa cómo funciona el plan, cuáles son las normas y cuáles servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que dedique algo de tiempo para examinar este documento de *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros.

Sección 1.3 Información legal de la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre cambios a su cobertura o a las condiciones que afectan su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato es válido durante los meses que esté inscrito en Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite efectuar cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2023. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2023.

Medicare (los Centros de servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) cada año. Puede continuar recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que elijamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para afiliarse a nuestro plan si cumple los siguientes requisitos:

- Usted tenga la Parte A y la Parte B de Medicare
- -- *y* -- vive en el área de servicio geográfica (la Sección 2.3 abajo describe nuestra área de servicio). Las personas encarceladas no se consideran como viviendo en el área geográfica de servicio aun si están físicamente.
- -- *y* -- es ciudadano estadounidense o está legalmente en los Estados Unidos.
- -- y -- reúne requisitos de elegibilidad especiales, según se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para cumplir las necesidades de las personas que reciben ciertas beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa gubernamental conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible para Medicare y Medicaid.

Tenga en cuenta: Si pierde su elegibilidad pero es razonable esperar que recupere la elegibilidad dentro de 2 meses, usted es aún elegible para obtener una membresía en nuestro plan (La Sección 2.1 del Capítulo 4 le informa sobre la cobertura y costos compartidos durante un periodo de elegibilidad continua considerada).

Sección 2.2 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa gubernamental conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos de ciertas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué se considera como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios se cubren y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar sus programas siempre y cuando sigan los lineamientos federales.

Además, existen programas que se ofrecen por medio de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos "Programas de Ahorros de Medicare" ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos) de la Parte A y la Parte B de Medicare. (Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificado (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (SLMB+).)
- **Persona que califica (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas discapacitadas y empleados calificados (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan de Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP)

Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) está disponible solo para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Florida: Citrus, Hernando, Hillsborough, Indian River, Lake, Manatee, Marion, Orange, Osceola, Pasco, Pinellas, Polk, Sarasota, Seminole, St. Lucie y Sumter.

Si tiene planificado mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan Llame a Servicios para Miembros para averiguar si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se traslade, tendrá un Periodo de Inscripción Especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan médico o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su domicilio postal. Puede encontrar los teléfonos y la información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

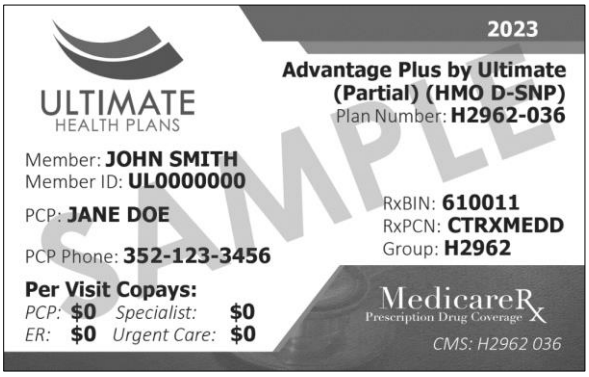
Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o con presencia legal en los Estados Unidos

El miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o encontrarse legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) si no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo. Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) deberá cancelar su membresía si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Material importante de la membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía siempre que reciba cualquier servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. Además debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid. Este es un ejemplo de muestra de una tarjeta de miembro para mostrarle cómo se verá la suya:



NO use su tarjeta de color rojo, blanco y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía a Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP), es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Mantenga su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le pidan que la muestre si necesita servicios de hospital, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica de Medicare, también conocidos como ensayos clínicos.

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

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* menciona una lista de proveedores de nuestra red, proveedores de equipo médico duradero y farmacias. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir medicamentos con receta a los miembros de nuestro plan. Puede usar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que quiere usar. Vea el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener información de cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

Debe usar proveedores dentro de la red para obtener atención médica y servicios. Si se va a otro lugar sin la autorización apropiada, tendrá que pagarlo todo. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios necesarios de urgencia cuando la red no está disponible (eso es, en situaciones en las que no sea razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista de proveedores y de suplidores más reciente también puede encontrarse en nuestro sitio web en www.ChooseUltimate.com/Home/FindDoctor.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede pedirla a Servicios para miembros.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Este dice qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos según el beneficio de la Parte D incluida en Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP). Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP).

La Lista de medicamentos también le indica si existen normas que restringen la cobertura de sus medicamentos.

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.ChooseUltimate.com/Home/PrescriptionDrugs) o llamar a Servicios para miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP)

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 en la Parte D (Sección 4.3)
- Cantidad ajustada mensualmente relacionada con ingresos (Sección 4.4)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no tiene que pagar una prima mensual del plan por separado de Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP).

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Según se explicó en la Sección 2 de arriba, para ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medicaid y tener la Parte A y B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP), Medicaid paga la prima de la Parte A (si no califica para ella automáticamente) y la prima de la Parte B.

Si Medicaid no paga las primas de Medicare por usted, debe continuar pagándolas para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima por la Parte B. También puede incluir 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 en la Parte D

Como tiene doble elegibilidad, LEP no se aplica mientras mantenga su estatus de doble elegibilidad, pero si pierde su estatus puede incurrir en LEP. Algunos miembros están obligados a pagar una **multa por inscripción tardía** en la Parte D. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si en algún momento después de que haya finalizado su período de inscripción inicial hay un período de 63 días consecutivos o más en el que no tuvo la Parte D ni otra cobertura válida de medicamentos con receta. Una “cobertura válida de medicamentos con receta médica” es una cobertura que cumpla con los estándares mínimos de Medicare pues se espera que pague, como promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta médica estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura válida de medicamentos con receta. Tendrá que pagar esa multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Cuando se inscribe por primera vez en Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP), le comunicamos la cantidad de la multa.

Usted **no** tendrá que pagarla si:

- Usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Si estuvo menos de 63 días consecutivos sin cobertura válida.
- Usted ha tenido cobertura válida de medicamentos mediante otra fuente como un empleador anterior, sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de los Veteranos. Su asegurador o su departamento de recursos humanos le indicarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura aceptable. Esta información puede enviársele en una carta o incluirse en un boletín del plan. Guarde esta información ya que es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare en el futuro.
    - **Nota:** Cualquier aviso debe decir que tenía cobertura "válida" de medicamentos con receta que se esperaba que pagara tanto como paga el plan estándar de medicamentos con receta de Medicare.
    - **Nota:** Las siguientes *no* son coberturas válidas de medicamentos con receta: tarjetas de descuento de medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuento en medicamentos.

Medicare determina la cantidad de la multa. Así es como funciona:

- Primero cuente el número de meses totales que se retrasó con la inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, después que fuera elegible para inscribirse. O cuente el número de meses totales que no tuvo cobertura acreditable de medicamentos con receta, si la interrupción en la cobertura fue de más de 63 días. 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 la cantidad de la prima promedio mensual de los planes de medicamentos de Medicare en la nación del año anterior. Para 2023, el monto promedio de la prima es de $32.74.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, luego redondee la cantidad a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo aquí sería 14% por $32.74, lo que equivale a $4.5836. Esto se redondea a $4.60. Esta cantidad se agregaría **a la prima mensual para una persona con una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

Hay tres cosas importantes para tomar en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- Primero, **la multa podría cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **continuará con el pago de una multa** cada mes por el tiempo que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si se cambia de plan.
- Tercero, si usted es menor de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía en la Parte D se basará únicamente en los meses que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial por la edad en Medicare.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar la revisión. Generalmente, usted debe solicitar esta revisión **en el plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió indicando que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de unirse al plan, podría no tener otra posibilidad de pedir una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Cantidad ajustada mensualmente relacionada con ingresos

Es posible que algunos miembros tengan que pagar un cargo más, que se conoce como la Cantidad del ajuste mensual relacionado con ingresos para la Parte D, también conocida como IRMAA. El cargo adicional se calcula usando sus ingresos brutos ajustados modificados como los reportó en sus declaraciones de impuestos de IRS de hace dos años. Si esta cantidad es superior a cierta cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y la IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que debe pagar basándose en sus ingresos, visite https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Si usted tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan Medicare, le enviará una carta informándole cuánto será la cantidad adicional. La cantidad adicional será retenida de su Seguro Social, Junta de Retiro Ferroviario, o la Oficina de Administración de Personal, no importa lo que se suele pagar la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar la cantidad adicional al gobierno. No puede ser pagada con su prima mensual del plan. Si no paga la cantidad adicional, se le cancelará la inscripción del plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

Si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional, puede pedirle al Seguro Social que revise la decisión. Para conocer más sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y número de teléfono. El mismo muestra su cobertura específica del plan, incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores en la red del plan necesitan tener la información correcta de su persona. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y las cantidades de costos compartidos para usted**. Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información al día.

Avísenos de estos cambios:

- Cambios a su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como de su empleador, el empleador de su cónyuge, compensación a los trabajadores o Medicaid)
- Si tiene alguna reclamación por responsabilidad civil, como los reclamos por un accidente automovilístico
- Si le ingresaron en un hogar de ancianos
- Si recibe atención médica en un hospital o sala de emergencia fuera del área o fuera de la red
- Si la parte responsable que designó (como un encargado del cuidado) cambia
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informar al plan de los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo animamos a que lo haga).

Si cambia esta información, avísenos llamando a Servicios para Miembros. Visite el sitio web de nuestro portal de miembros en Portal.MyUltimateHP.com para cambiar su teléfono, dirección o Proveedor de atención primaria (debe completar el registro para tener acceso a nuestro portal de miembros).

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su domicilio postal. Puede encontrar los teléfonos y la información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

SECCIÓN 6 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare requiere que recolectemos información suya acerca de cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que posea con sus beneficios dentro de nuestro plan. Esto se llama **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta donde está cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de la que estemos enterados. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no en la lista, llame a Servicios para Miembros. Es posible que tenga que dar su número de identificación de miembro del plan a las otras aseguradoras (cuando haya confirmado la identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando usted tiene otro seguro (como cobertura médica colectiva del empleador), existen normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro pagan primero. Al seguro que paga primero se le llama el “pagador primario” y paga hasta los límites de la cobertura de ese seguro. El que paga segundo, llamado el “pagador secundario”, solo paga si hay costos que la cobertura primaria dejó sin cubrir. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Si usted no tiene otro seguro, infórmelo a su médico, hospital y farmacia.

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

- Si usted cuenta con cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si su cobertura de plan de salud colectivo está basada en su empleo actual o en el de un familiar, quién sea el pagador primario dependerá de su edad, de la cantidad de personas empleadas por su empleador y de si usted tiene Medicare por su edad, por una discapacidad o porque tiene una enfermedad renal terminal (ESRD):
    - Si es menor de 65 años y tiene una discapacidad y usted o su familiar aún trabajan, su plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más o, al menos, un empleador en un plan de varios empleadores tiene más de 100 empleados.
    - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, el plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más o, al menos, un empleador en un plan de varios empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por ESRD, su plan médico de grupo pagará primero por los primeros 30 meses después de que adquiere la elegibilidad para Medicare.

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

- Seguro independiente de culpabilidad (incluido seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluido seguro de automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación a los trabajadores

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Únicamente pagan después de que Medicare o los planes de salud colectivos del empleador hayan pagado.

CAPÍTULO 2:
Teléfonos y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP)
(cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con Servicios para miembros)

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de nuestro plan

Para obtener asistencia con reclamos, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para miembros de Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP). Será un gusto ayudarle.

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
LLAME AL	888-657-4170 Las llamadas a este número son gratis. Estamos disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo estamos disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Servicios para miembros tiene también servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Estamos disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo estamos disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
FAX	800-303-2607
ESCRIBA A	Ultimate Health Plans PO Box 3459 Spring Hill, FL 34611
SITIO WEB	www.ChooseUltimate.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o con la cantidad que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, vea el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Decisiones de cobertura de atención médica: información de contacto
LLAME AL	888-657-4170 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo estamos disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Estamos disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo estamos disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
FAX	352-515-5975
ESCRIBA A	Ultimate Health Plans PO Box 3459 Spring Hill, FL 34611
SITIO WEB	www.ChooseUltimate.com

Método	Apelaciones de atención médica: información de contacto
LLAME AL	888-657-4170 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo estamos disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Método	Apelaciones de atención médica: información de contacto
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Estamos disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo estamos disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
FAX	800-313-2798
ESCRIBA A	Ultimate Health Plans Appeals and Grievances Department PO Box 6560 Spring Hill, FL 34611 GrievanceAndAppeals@ulthp.com
SITIO WEB	www.ChooseUltimate.com

Método	Decisiones de cobertura de medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	800-311-7517 Las llamadas a este número son gratis. Estamos disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Estamos disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana.
FAX	844-403-1028
ESCRIBA A	OptumRx Prior Authorization Department PO Box 25183 Santa Ana, CA 92799
SITIO WEB	www.ChooseUltimate.com

Método	Apelaciones de medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	800-311-7517 Las llamadas a este número son gratis. Estamos disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Estamos disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana.
FAX	877-239-4565
ESCRIBA A	OptumRx ATTN: Appeals PO Box 25184 Santa Ana, CA 92799
SITIO WEB	www.ChooseUltimate.com

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluyendo respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra las disputas de cobertura o pago. Para obtener más información de cómo presentar una queja sobre la atención médica, vea el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Quejas sobre atención médica: información de contacto
LLAME AL	888-657-4170 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo estamos disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Estamos disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo estamos disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Método	Quejas sobre atención médica: información de contacto
FAX	800-313-2798
ESCRIBA A	Ultimate Health Plans Appeals and Grievances Department PO Box 6560 Spring Hill, FL 34611 GrievanceAndAppeals@ulthp.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Método	Quejas de medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	800-311-7517 Las llamadas a este número son gratis. Estamos disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Estamos disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana.
FAX	800-313-2798
ESCRIBA A	Ultimate Health Plans Appeals and Grievances Department PO Box 6560 Spring Hill, FL 34611 GrievanceAndAppeals@ulthp.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

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

Si recibió una factura o pagó servicios (como la factura de un proveedor) que cree que no debería pagar, debe pedirnos el reembolso o pagar la factura del proveedor. Vea el Capítulo 7. (*Cómo solicitarnos que paguemos su parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitud de pago: información de contacto
LLAME AL	888-657-4170 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo estamos disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Estamos disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo estamos disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
FAX	352-515-5979
ESCRIBA A	Ultimate Health Plans PO Box 3340 Spring Hill, FL 34611
SITIO WEB	www.ChooseUltimate.com

Método	Solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	800-311-7517 Las llamadas a este número son gratis. Estamos disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Estamos disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana.
ESCRIBA A	OptumRx Direct Member Reimbursements PO Box 650287 Dallas, TX 75265
SITIO WEB	www.OptumRX.com/Members

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare es los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamada "CMS"). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, entre las que estamos incluidos nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 800-633-4227 Las llamadas a este número son gratis. 24 horas del día, 7 días de la semana.
TTY	877-486-2048 Este número necesita de un equipo especial para el teléfono y únicamente es para personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar. Las llamadas a este número son gratis.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial de Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. También tiene información de hospitales, hogares de ancianos, médicos, organizaciones de atención médica y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad para Medicare:** Proporciona información del estado de elegibilidad para Medicare. • **Buscador de planes de Medicare:** Provee información individualizada acerca de planes de medicamentos con receta médica de Medicare, y pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proveen una *estimación* de lo que pueden ser sus costos de bolsillo en distintos planes de Medicare.

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB (continuación)	También puede usar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP): • **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede presentar una queja sobre Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, diríjase a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma seriamente sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. Si no tiene una computadora, es probable que encuentre ayuda en su biblioteca local o centro para el adulto mayor para visitar este sitio web por medio de su computadora. O puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros médicos (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program - SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, el SHIP se llama SHINE (Serving Health Insurance Needs of Elders).

Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan médico) que recibe dinero del gobierno federal para dar orientación gratis sobre el seguro médico local a personas con Medicare.

Los consejeros de Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) pueden ayudarlo a comprender sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los consejeros de Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) también pueden ayudarlo con preguntas o problemas de Medicare y ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y a responder a preguntas sobre el cambio de planes.

ACCESO A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite *www.medicare.gov*
- Haga clic en "**Hablar con alguien**" que está a la mitad de la página de inicio
- Ahora tiene las siguientes opciones
  - Opción 1: Puede tener un **chat en vivo con un representante de 1-800-MEDICARE**
  - Opción 2: Puede seleccionar su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en IR. Esto lo llevará a una página con los teléfonos y los recursos específicos de su estado.

Método	Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) (Florida SHIP): información de contacto
LLAME AL	800-963-5337 Las llamadas a este número son gratis.
TTY	800-955-8770 Este número necesita de un equipo especial para el teléfono y únicamente es para personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar. Las llamadas a este número son gratis.
ESCRIBA A	SHINE Program 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399
SITIO WEB	https://www.floridashine.org

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Existe una Organización para la mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. La organización para la mejora de la calidad de Florida se llama KEPRO.

KEPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que paga Medicare para revisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. KEPRO is an independent organization. No está conectada con nuestro plan.

Debe comunicarse con KEPRO en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja acerca de la calidad de la atención médica que ha recibido
- Considera que la cobertura de su estancia en el hospital termina demasiado pronto.
- Si considera que la cobertura de la atención médica en casa, de la atención en un centro de enfermería especializada o de los servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) terminó demasiado pronto.

Método	KEPRO (Organización para el mejoramiento de la calidad de Florida): información de contacto
LLAME AL	888-317-0751 Las llamadas a este número son gratis. Días laborables: de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. hora del este, del centro, de la montaña, del Pacífico, de Alaska y de Hawái-Aleutianas Fines de semana y días festivos (como se muestra abajo): de 11:00 a. m. a 3:00 p. m. hora del este, del centro, de la montaña, del Pacífico, de Alaska y de Hawái-Aleutianas.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis.
ESCRIBA A	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	https://www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y encargarse de la inscripción en Medicare. Los ciudadanos americanos y los residentes legales mayores de 65 años, o que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplen ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar inscribirse en Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina más cercana del Seguro Social.

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

Si se muda o cambia su domicilio postal, es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social para informarles.

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	800-772-1213 Las llamadas a este número son gratis. Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y hacer algunas gestiones las 24 horas del día.
TTY	800-325-0778 Este número necesita de un equipo especial para el teléfono y únicamente es para personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar. Las llamadas a este número son gratis. Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Para estar inscrito en este Plan de necesidades especiales de elegibilidad dual, debe estar inscrito en Medicare y también debe recibir ciertos niveles de asistencia de AHCA (Medicaid). (Consulte el Capítulo 1, Sección 2.1 “Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan” para conocer los requisitos específicos de este plan).

Medicaid es un programa gubernamental conjunto Federal y estatal que ayuda con costos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados.

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos) de la Parte A y la Parte B de Medicare. (Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (QMB+)).

- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificado (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (SLMB+).)
- **Persona que califica (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas discapacitadas y empleados calificados (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con la Agencia de Administración de Atención Médica de Florida (AHCA).

Método	Agencia para la Administración de la Atención Médica (AHCA) de Florida (programa Medicaid de Florida): información de contacto
LLAME AL	888-419-3456 Las llamadas a este número son gratis. Disponible de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes
TTY	800-955-8771 Este número necesita de un equipo especial para el teléfono y únicamente es para personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar. Las llamadas a este número son gratis.
ESCRIBA A	Agency for Health Care Administration 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308
SITIO WEB	https://ahca.myflorida.com

El Programa del Defensor del Pueblo de Florida (que da la Agencia para la Administración de la Atención Médica [AHCA]) ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas de servicio o facturación. Ellos pueden ayudarle a presentar una queja formal o apelación ante nuestro plan.

Método	Programa del defensor de Florida [de la Agencia para la Administración de la Atención Médica (AHCA)]: información de contacto
LLAME AL	888-419-3456 Las llamadas a este número son gratis. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
TTY	800-955-8771 Este número necesita de un equipo especial para el teléfono y únicamente es para personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar. Las llamadas a este número son gratis.
ESCRIBA A	Agency for Health Care Administration 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308
SITIO WEB	https://ahca.myflorida.com/

Ayuda a las personas a obtener información sobre los centro de atención residencial y a resolver problemas entre los centro de atención residencial y los residentes o sus familias.

Método	Programa del Defensor de Atención de Largo Plazo de Florida: información de contacto
LLAME AL	888-831-0404 Las llamadas a este número son gratis. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis.
ESCRIBA A	Long-Term Care Ombudsman Program 4040 Esplanade Way, Suite 380 Tallahassee, FL 32399-7000 LTCOPInformer@elderaffairs.org
SITIO WEB	https://ombudsman.elderaffairs.org/

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

En el sitio web Medicare.gov (https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) obtiene información de cómo puede disminuir sus costos de medicamentos con receta. Para personas con ingresos limitados, también hay otros programas de asistencia, descritos abajo.

Programa "Ayuda adicional" de Medicare

La mayoría de nuestros miembros califica para "Ayuda adicional" de Medicare y la están obteniendo para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta médica.

¿Qué sucede si usted tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?
¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a que las personas elegibles para ADAP que viven con el VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en la lista de medicamentos cubiertos (formulario) de ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de medicamentos con receta por medio del Programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA de Florida. **Nota:** Para ser elegibles para el ADAP que opere en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, los cuales incluyen un comprobante de residencia en el Estado y de su condición de VIH, bajos ingresos según lo define el Estado, y su condición como no asegurado o con un seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifíquelo al trabajador local de inscripción en el ADAP para que pueda continuar recibiendo la asistencia. Para obtener más información de los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 850-245-4422 (los usuarios de TTY pueden llamar al 888-503-7118).

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios

La Junta de Jubilación para Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si usted recibe su Medicare a través de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, es importante que les haga saber si se cambia de domicilio o cambia su domicilio postal. Si tiene preguntas relacionadas con sus beneficios de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios: información de contacto
LLAME AL	877-772-5772 Las llamadas a este número son gratis. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de RRB los lunes, martes, jueves y viernes de 9:00 a. m. a 3:30 p. m. y los miércoles de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. Si presiona “1”, puede tener acceso a la Línea de ayuda de RRB automatizada e información grabada durante las 24 horas, incluyendo los fines de semana y días feriados.
TTY	312-751-4701 Este número necesita de un equipo especial para el teléfono y únicamente es para personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar. Las llamadas a este número *no* son gratis.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene usted un “seguro colectivo” u otro seguro médico de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o de su cónyuge). (Los teléfonos de Servicios para Miembros están impresos en la contracubierta de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare dentro de este plan.

Si usted tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos con receta médica con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:
Cómo usar el plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Qué debe saber sobre cómo obtener la atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica cosas que debe conocer acerca de cómo usar el plan para cubrir su atención médica. Incluye definiciones de términos y explica las normas que deberá seguir para recibir servicios, tratamientos médicos y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener información sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto paga cuando la recibe, use el cuadro de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, lo que se cubre y lo que paga usted*).

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

- **“Proveedores”** son médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para prestar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **“Proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos de médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y la cantidad de su costo compartido como pago completo. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores den servicios a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando visita a un proveedor de la red, usted solo paga su parte del costo de los servicios cubiertos.
- **“Servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros, equipo y medicamentos con receta que cubre nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica están en el cuadro de beneficios en el Capítulo 4. En el Capítulo 5 se discuten los servicios cubiertos de medicamentos con receta.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica que cubre el plan

Como un plan médico de Medicare y Medicaid, Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original.

Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) generalmente cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba está incluida en el Cuadro de beneficios médicos del plan** (este cuadro está en el Capítulo 4 de este documento).

- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros, equipo o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) de la red que le presta y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de red (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
    - En la mayoría de situaciones, su PCP de la red debe darle una aprobación por anticipado de parte antes de que usted pueda usar otros proveedores de la red del plan como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica en el hogar. A esto se le llama darle una “remisión”. Para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
    - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o servicios necesarios de urgencia. También hay otros tipos de atención que puede recibir sin aprobación por anticipado de su PCP (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir su atención de un proveedor dentro de la red** (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 en este capítulo). En la mayoría de los casos, el cuidado que recibe de un proveedor de fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no se cubrirá. Esto significa que usted tendrá que pagar al proveedor el costo total de los servicios prestados. *Hay tres excepciones:*
    - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios necesarios de urgencia que recibe de un proveedor que no pertenece a la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber lo que significa servicios necesarios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
    - Si necesita atención médica que Medicare o Medicaid exige que cubra nuestro plan, pero no tenemos especialistas en nuestra red que den esa atención, puede recibir la atención de un proveedor fuera de la red con el mismo gasto compartido que pagaría normalmente dentro de la red. Antes de buscar atención, debe obtener una autorización del plan. En esta situación, cubriremos estos servicios como si obtuviera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre la aprobación para ir con un médico de fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
    - El plan cubre los servicios de diálisis renal que obtiene en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o accesible temporalmente. El costo compartido que paga el plan por la diálisis no puede superar nunca el costo compartido en Medicare Original. Si usted está fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor que no está en la red

del plan, su costo compartido no puede exceder del costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener los servicios dentro del área de servicio de un proveedor que no está en la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

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

Sección 2.1 Debe elegir a un Proveedor de atención primaria (PCP) para que le dé atención y lo supervise

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

Su PCP es un médico que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica. Los tipos de proveedores que pueden actuar como PCP son los siguientes: Médicos de las especialidades de medicina general, medicina familiar y medicina interna. Cuando se inscribe en el plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su PCP, que funciona como su base para temas médicos. Usted obtendrá la atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también coordinará y le hará las derivaciones para ciertos servicios cubiertos que usted obtiene por ser miembro de nuestro plan. Las únicas excepciones son los pocos servicios cubiertos que puede obtener de un proveedor dentro de la red sin que lo remita su PCP. Que se enumeran más abajo, en el Capítulo 3, Sección 2.2.

Nuestro plan cubre algunos servicios solo si usted, su PCP u otro proveedor obtienen la aprobación previa de Ultimate Health Plans. Esto se llama “autorización previa”. Estos servicios incluyen, entre otros, hospitalizaciones voluntarias, atención en centros de enfermería especializada, equipos médicos duraderos y prótesis. Para estos servicios, usted, su PCP o el proveedor se pondrán en contacto con Ultimate Health Plans para obtener una autorización previa. En el capítulo 4, hay más información sobre los servicios para los que es posible que necesite autorización previa.

Normalmente, su PCP está familiarizado con su condición y su historia médica. Llame a su PCP para hacer una cita cuando lo necesite. Para ayudar al PCP a que entienda su historia médica y supervise toda su atención, puede pedirles a sus médicos anteriores que le envíen los expedientes médicos a su nuevo PCP.

¿Cómo elige a su PCP?

Pueda seleccionar un PCP de los que se mencionan en el Directorio de proveedores y farmacias. Pueda ver el Directorio de proveedores y farmacias más actualizado en línea en www.ChooseUltimate.com. Si necesita ayuda para elegir su PCP, póngase en contacto con Servicios para miembros (los números de teléfono están en la parte de atrás de este cuadernillo).

Cómo cambiar su PCP

Usted puede cambiar a su PCP en cualquier momento, por cualquier razón. Además, también es posible que su PCP se vaya de la red de proveedores de nuestro plan y que usted tenga que encontrar otro PCP. Los cambios de PCP pueden limitar los especialistas a los que puede consultar. Algunos de los PCP de nuestra red son parte de equipos médicos que suelen remitir a los pacientes a determinados especialistas. Si su PCP pertenece a uno de estos equipos médicos, normalmente lo remitirá a especialistas de la red que recomiende el equipo. Aunque es posible que su PCP normalmente lo remita a un especialista de la red que su equipo recomiende, usted puede consultar a cualquier especialista de nuestra red.

Para cambiar de PCP, llame a los Servicios para miembros (los números de teléfono están en la parte de atrás de este cuadernillo). Cuando llame, dígale al representante de Servicios para miembros si está consultando a un especialista o recibiendo otros servicios cubiertos que necesiten aprobación de su PCP (como atención médica a domicilio o equipo médico duradero). En Servicios para miembros, le confirmarán si puede continuar con la atención especializada y otros servicios que estuviera recibiendo cuando cambie de PCP. También comprobarán que el PCP al que se quiere cambiar esté aceptando nuevos pacientes. Servicios para miembros cambiará su registro de membresía para que aparezca su nuevo PCP y le dirá cuándo entra en vigencia el cambio. Normalmente, el cambio a un nuevo PCP se hace el primer día del mes siguiente a su solicitud. También le enviarán una nueva tarjeta de miembro con el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP.

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

Puede recibir los servicios que se enumeran a continuación sin necesidad de una aprobación por anticipado de su PCP.

- Atención médica de rutina para la mujer, lo cual incluye exámenes de los senos, mamografías de detección (rayos X de los senos), Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre que los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencias de proveedores de la red o proveedores fuera de la red.

- Los servicios necesarios de urgencia son servicios cubiertos que no sean servicios de emergencia, prestados cuando los proveedores dentro de la red no están disponibles o son inaccesibles temporalmente, o cuando el miembro está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben necesitarse de inmediato y deben ser medicamente necesarios.
- Servicios de diálisis que obtiene en un centro para diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan. (De ser posible, llame a Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio para que lo ayudemos a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras está fuera del área de servicio.
- Visitas cubiertas en el consultorio de un dermatólogo, siempre que sean con un proveedor dentro de la red, hasta 5 visitas en las que se remita el propio paciente al año calendario. Es posible que se necesite autorización para otros servicios.
- Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare, siempre que sean de un proveedor de la red.
- Servicios de salud mental cubiertos por Medicare, siempre que sean de un proveedor dentro de la red.
- Visitas de podología cubiertas por Medicare, siempre que se hagan con un médico dentro de la red. La podología de rutina no se considera cubierta por Medicare y solo puede estar cubierta cuando se cumplen ciertas condiciones.
- Para obtener más información, consulte la tabla de beneficios médicos del capítulo 4.

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o parte específica del cuerpo. Hay muchas clases de especialistas. Por ejemplo:

- Los oncólogos atienden pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a los pacientes con condiciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden pacientes con ciertas condiciones de los huesos, las articulaciones o los músculos.

Si su PCP piensa que usted necesita un tratamiento especializado, lo remitirá a un especialista o a otros proveedores. Debe averiguar con su PCP o con el plan si necesita una remisión o una autorización para los servicios. Para algunos servicios, es posible que su PCP tenga que obtener la aprobación de su plan con antelación (esto se llama “autorización previa”).

Nuestro plan cubre algunos servicios solo si usted, su PCP u otro proveedor obtienen antes el permiso de Ultimate Health Plans. Estos servicios incluyen, entre otros, hospitalizaciones voluntarias, atención en centros de enfermería especializada, equipos médicos duraderos y prótesis. Para estos servicios, su PCP o el proveedor se comunicarán con Ultimate Health Plans para obtener una autorización previa. Nuestro personal clínico, incluyendo enfermeros y médicos, revisa la información clínica que envía el proveedor y toma una decisión sobre la solicitud de autorización previa. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa se enumeran en el Capítulo 4, Sección 2.1.

Es posible que la elección de su PCP limite los especialistas a los que puede recurrir. Algunos de los PCP de nuestra red son parte de equipos médicos que suelen remitir a los pacientes a determinados especialistas. Si su PCP pertenece a uno de estos equipos médicos, normalmente lo remitirá a especialistas de la red que recomiende el equipo. Aunque es posible que su PCP normalmente lo remita a un especialista de la red que su equipo recomiende, usted puede consultar a cualquier especialista de nuestra red.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red se retiran de nuestro plan?

Es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista se retira del plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen abajo:

- Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, Medicare requiere que le brindemos a usted acceso continuo a médicos y especialistas calificados.
- Haremos nuestro mejor esfuerzo para informarle con una antelación mínima de 30 días que nuestro proveedor está dejando nuestro plan para que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado para que continúe atendiendo sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento medicamente necesario que está recibiendo y nosotros trabajaremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Si nuestra red no tiene un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio con los costos compartidos dentro de la red, siempre que obtenga una autorización previa del plan antes de recibir la atención.
- Si usted se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar a un nuevo proveedor para administrar su atención.

- Si cree que no le hemos facilitado un proveedor calificado para remplazar a su proveedor anterior, o que no se está administrando apropiadamente su atención, tiene derecho a presentar una queja de calidad de la atención a QIO, una queja formal de calidad de la atención al plan, o ambas. Vea el Capítulo 9.

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Normalmente, debe recibir atención de los proveedores dentro de la red. En la mayoría de los casos, la atención médica que recibe de un proveedor fuera de la red no se cubrirá. Algunos servicios, como la atención de emergencia, la atención necesaria de urgencia cuando nuestra red no está disponible o la diálisis fuera del área de servicio, no necesitan autorización previa y siempre se cubren al nivel de beneficios dentro de la red, aunque los reciba de proveedores fuera de la red.

El plan cubrirá servicios fuera de la red que reciba por los siguientes motivos:

- El plan cubre la atención de emergencia o la atención necesaria de urgencia que recibe de un proveedor que no pertenece a la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber lo que significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Si necesita atención médica que Medicare requiere que cubra nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden dar esta atención médica, puede recibir esta atención médica de un proveedor de fuera de la red. Si consulta a un proveedor fuera de la red, se debe obtener una autorización de Ultimate Health Plans antes de recibir la atención. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de red.
- Servicios de diálisis que obtiene en un centro para diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan.

Hable con su PCP antes de recibir atención de un proveedor fuera de la red. Su médico nos notificará y solicitará la autorización previa del plan. Su médico puede explicar mejor su condición y darle cualquier justificación que necesite para su solicitud. También puede llamarnos usted directamente al número de teléfono que aparece en el Capítulo 2, Sección 1, “Maneras de ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica”.

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

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una "emergencia médica" y qué debe hacer si tiene una?

Una **"emergencia médica"** es cuando usted, o cualquier otra persona normal prudente, que tiene conocimiento promedio de salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar que fallezca (y si usted es una mujer embarazada, la pérdida del bebé que no ha nacido), pierda una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o discapacidad grave de una función del cuerpo. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame para pedir una ambulancia si la necesita. *No* necesita obtener aprobación ni remisión previa de su PCP. No es necesario que usted vaya con un médico dentro de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia del estado apropiada, incluso si no son partes de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que se haya avisado a nuestro plan sobre su emergencia.** Debemos darle seguimiento a los cuidados de emergencia que le brinden. Usted u otra persona deberán llamar para informarnos de su atención de emergencia, generalmente en las siguientes 48 horas. El número para llamar a Servicios para miembros está en la parte de atrás de la tarjeta de identificación de miembro.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que acudir a una sala de emergencias de otra manera podría poner en riesgo su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brinden atención de emergencia decidirán si usted se encuentra estable y si la situación de emergencia médica ya ha cesado.

Cuando cese la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su estado continúe estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que puedan comunicarse con nosotros y hacer planes para obtener atención adicional. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si quienes dan la atención de emergencia son proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar que sean proveedores de la red los que se encarguen de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría entrar por una emergencia médica – pensando que su salud está en grave peligro – y el médico podría decir que después de todo, no era una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *únicamente* si la obtiene de una de estas dos maneras:

- Usted visita a un proveedor de la red para obtener la atención adicional.
- – *o* – la atención adicional que recibe se considera “servicios necesarios de urgencia” y usted sigue las normas para obtener esta atención urgente (si desea más información, consulte la Sección 3.2 a continuación).

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

¿Qué son los “serviciosnecesarios de urgencia”?

Un servicio necesario de urgencia es una situación que necesita atención médica inmediata no es de emergencia, pero que no es posible o no es razonable obtener esos servicios de un proveedor dentro de la red dadas las circunstancias. El plan debe cubrir servicios necesarios de urgencia prestados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios necesarios de urgencia son i) dolor de garganta intenso en el fin de semana, o ii) un episodio imprevisto de una condición conocida cuando usted está fuera del área de servicio temporalmente.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan cuando necesita atención urgente?

Siempre debe intentar obtener servicios necesarios de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o accesibles temporalmente y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios necesarios de urgencia que obtenga de un proveedor fuera de la red.

Puede recibir servicios necesarios de urgencia en un centro de atención de urgencia. Si no puede ir a un centro de atención de urgencia dentro de la red (el centro no está disponible o usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan), puede ir a uno que no sea de nuestra red. Recuerde presentar su tarjeta de miembro en el momento de la visita.

¿Qué ocurre si usted está fuera del área de servicios del plan cuando tiene una necesidad urgente de cuidado médico?

Cuando usted está fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios necesarios de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre servicios de emergencias en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias.

La atención de emergencia se refiere a los servicios que:

- Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y
- Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.
- Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Ofrecemos atención de emergencia en todo el mundo como beneficio complementario hasta un límite máximo de cobertura de $50,000. Usted tendrá que pagar estos servicios y después solicitarnos el reembolso correspondiente. Por servicios de atención de emergencia cubiertos fuera de la red, fuera de los EE. UU. y sus territorios, la cantidad del reembolso no será mayor que la que pagaría Medicare Original por el mismo servicio si se hubiera prestado en la localidad de los Estados Unidos donde usted vive.

De la cantidad que le paguemos, si corresponde, se deducirá cualquier costo compartido aplicable. Es posible que no le reembolsemos todos los gastos de bolsillo. Esto se debe a que las tarifas de Medicare Original pueden ser más bajas que las de proveedores extranjeros fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Debe presentar un resumen detallado de los costos, un comprobante de pago y una copia del expediente médico completo relacionado con los servicios. (Esta información debe ser traducido al inglés). Este es un beneficio complementario que Medicare no suele cubrir. Aunque cubrimos atención de emergencia complementaria en todo el mundo, nuestro plan no cubre servicios necesarios de urgencia ni servicios que no sean de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Si recibe atención que no sea de emergencia, deberá pagar la totalidad del costo por su cuenta. No se cubren medicamentos con

receta ni de venta libre fuera de los Estados Unidos. Consulte el Capítulo 4, “Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)”, para obtener más información sobre este beneficio, incluyendo los costos compartidos. Consulte el Capítulo 7, “Cómo solicitarnos el pago de nuestra parte de una factura por medicamentos o servicios médicos cubiertos”, para obtener información sobre cómo solicitar reembolsos del plan.

Sección 3.3 Cómo obtener 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 un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted aún tiene derecho a recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www. ChooseUltimate.com para obtener información de cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

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

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo completo de sus servicios?

Sección 4.1 Puede pedir que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos

Si ha pagado más que su parte de gastos compartidos por servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo completo de servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos su parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.2 ¿Qué deberá hacer si nuestro plan no cubre los servicios?

Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se mencionan en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 de este documento. Si recibió servicios que no están cubiertos por nuestro plan o servicios fuera de la red y no estaban autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Una vez que se alcance el límite de un beneficio, el costo que pague por los servicios que excedan ese límite no se aplicará al máximo de gastos de bolsillo. Puede llamar a Servicios para Miembros cuando desee saber cuánto ya ha utilizado de su límite de beneficio.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?

Un estudio de investigación clínica (llamado también una “prueba clínica”) es una manera en que los médicos y los científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Medicare aprueba ciertos estudios de investigación clínica. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente piden voluntarios para participar en el estudio.

Cuando Medicare apruebe el estudio, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más al respecto y ver si usted cumple los requisitos establecidos por los científicos encargados del estudio. Puede participar en el estudio siempre que cumpla los requisitos *y* además entienda y acepte plenamente lo que involucra su participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos dice que está en un ensayo clínico calificado, entonces usted solo es responsable de pagar los costos compartidos dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó la cantidad de costos compartidos de Medicare Original, nosotros le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los costos compartidos dentro de la red. Sin embargo, debe presentarnos la documentación para que podamos ver cuánto pagó. Cuando participa en un estudio clínico de investigación, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita decirnos ni obtener nuestra aprobación ni la de o su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le presten la atención como parte del estudio de investigación clínica sean parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesita obtener permiso de nuestro plan para estar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos avisarnos con antelación cuando elije participar en un estudio de investigación clínica calificado por Medicare.

Si participa en un estudio que Medicare *no* haya aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de participar en el estudio.*

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

Cuando participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubre los suministros y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, incluyendo:

- Alojamiento y comida por una estadía en el hospital que Medicare pagaría aunque usted no estuviera participando en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones por la atención nueva.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Medicare Original y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que recibe como parte del estudio, en la forma en que lo haría si recibiera estos servicios de parte de nuestro plan. Sin embargo, está obligado a presentar la documentación que muestre cuánto pagó de costos compartidos. Vea el Capítulo 7 para obtener más información para presentar las solicitudes de pago.

> *Este es un ejemplo de cómo funciona el costo compartido:* Supongamos que parte del estudio de investigación incluye un examen de laboratorio que cuesta $100. Asumamos también que su parte del costo para este examen es $20 en Medicare Original, pero el examen sería solo $10 bajo los beneficios del plan. En este caso, Medicare Original pagaría $80 por el examen y usted el copago de $20 necesario según Medicare Original. Luego notificaría al plan que recibió el servicio de un ensayo clínico calificado y presentaría la documentación al plan, como por ejemplo la factura de un proveedor. Entonces el plan le pagaría directamente $10. Por lo tanto, su pago neto es $10, que es la misma cantidad que usted tendría que pagar según los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago del plan, debe presentar la documentación al plan, como por ejemplo la factura de un proveedor.

Cuando participa en un estudio clínico de investigación, **ni Medicare ni nuestro plan pagará por nada de lo siguiente:**

- Generalmente, Medicare *no* paga por el nuevo artículo o servicio que está probando el estudio, a menos que Medicare cubriría el artículo o servicio aun si usted *no* estuviera en el estudio.

- Productos o servicios que se proporcionan únicamente para recopilar datos y que no se usan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no paga para que se realicen tomografías computarizadas mensuales como parte del estudio si su afección médica normalmente solo requiere una tomografía computarizada.

¿Quiere obtener más información?

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

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una "institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud"

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud?

Una institución religiosa para la atención de la salud no médica es un centro que proporciona atención para una condición que usualmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va contra las creencias religiosas de un miembro, en su lugar proporcionaremos cobertura para que reciba atención en una institución religiosa para la atención de la salud no médica. Este beneficio es exclusivo de los servicios de pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Cómo recibir atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

Para obtener atención de una institución religiosa para la atención de la salud no médica debe firmar un documento legal que dice que, de forma consciente, usted se opone a recibir tratamiento médico que es "no obligatorio".

- Atención médica o tratamiento médico que "no es obligatorio" es cualquier tipo de atención médica o tratamiento médico que es *voluntario* y que *no exige* la ley federal, estatal ni local.
- Tratamiento médico "obligatorio" es la atención médica o tratamiento médico que recibe que *no* es voluntario o que *lo exige* la ley federal, estatal o local.

Para que nuestro plan cubra el cuidado que recibe de una institución religiosa no médica para cuidado de la salud, este cuidado debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que dé el cuidado debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan para los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si esta institución le da servicios en un centro, aplican las siguientes condiciones:
    - Debe sufrir de una condición médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada.
    - – *y* – debe obtener aprobación por anticipado de nuestro plan antes de que le admitan al centro o su estancia no estará cubierta.

El plan cubre un máximo de 90 días de hospitalización por cada período de beneficios. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para ser propietario del equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Será suyo el equipo médico duradero después de hacer un cierto número de pagos según nuestro plan?

El equipo médico duradero incluye artículos como el equipo e insumos de oxígeno, las sillas de ruedas, los andadores, los sistemas de colchón eléctrico, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de habla, bombas de infusión de línea intravenosa, nebulizadores y las camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre es propietario de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, hablamos sobre los otros tipos de equipo médico duradero que usted debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de hacer copagos por el artículo por 13 meses. Sin embargo, como miembro de Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP), generalmente no adquirirá la propiedad de los artículos alquilados de DME sin importar cuántos copagos haya hecho por el artículo mientras era miembro de nuestro plan, aun si hizo hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME según Medicare Original antes de unirse a nuestro plan. En ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del DME a usted. Llame a Servicios para miembros para obtener más información.

¿Qué sucede con los pagos de equipo médico duradero que haya hecho si se cambia a Medicare Original?

Si no obtuvo la propiedad de los equipos médicos duraderos mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que se cambie a Medicare Original para que sea propietario del artículo. Los pagos hechos mientras estaba inscrito en su plan no cuentan.

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

Ejemplo 2: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en el plan. Luego, regresó a Medicare Original. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de inscribirse otra vez en Medicare Original para ser propietario del artículo. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) lo cubrirá:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Suministro del oxígeno y de los contenidos con oxígeno
- Sondas y accesorios relacionados para el oxígeno para el suministro del oxígeno y el contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si deja Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) o ya no necesita médicamente el equipo de oxígeno, luego el equipo de oxígeno se debe devolver.

¿Qué sucede si se retira del plan y regresa a Medicare Original?

Medicare Original exige que un proveedor de oxígeno le preste servicios por cinco años. Durante los primeros 36 meses alquilará el equipo. Los siguientes 24 meses el proveedor suministra el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable de hacer el copago por el oxígeno). Después de cinco años, puede elegir quedarse con la misma compañía o irse con otra. En ese punto, el ciclo de cinco años empieza de nuevo, aun si usted continúa con la misma compañía, y tendrá que pagar los copagos por los primeros 36 meses. Si se inscribe o se sale de nuestro plan, empieza de nuevo el ciclo de cinco años.

CAPÍTULO 4:

Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1 Explicación de sus gastos de bolsillo para los servicios cubiertos

Este capítulo presenta un Cuadro de beneficios médicos en el que están sus servicios cubiertos y muestra la cantidad que usted pagará por cada servicio cubierto como miembro de Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP). Más adelante en este capítulo, puede encontrar información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites en determinados servicios.

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que es posible que tenga que pagar por los servicios cubiertos

Según su nivel del Programa de Ahorros de Medicare (MSP) en el que esté inscrito, es posible que deba pagar o no un costo compartido por los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 1, Sección 2.3 para obtener información sobre las categorías de elegibilidad del MSP para este plan.

Si está inscrito como SLMB, QI, QMB o QDWI, es posible que deba hacer copagos, coseguros y deducibles por su atención.

Si está inscrito como FBDE, SLMB+ o QMB+, no tendrá que pagar ninguna parte del costo de los servicios cubiertos.

Para entender la información de pago que le damos en este capítulo, debe conocer sobre los tipos de costos de bolsillo que puede tener que pagar por sus servicios cubiertos.

- Un **“copago”** es la cantidad fija que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. El copago se paga en el momento en el que recibe el servicio médico.(En el Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 hay más información sobre los copagos).
- **“Coseguro”** es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (En el Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 hay más información sobre su coseguro).

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

Nota: Como nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos de ellos alcanzan este máximo de gastos de bolsillo. Si es elegible para que Medicaid lo ayude con los costos compartidos de Medicare, no debe pagar ningún gasto de bolsillo para el máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Debido a que está inscrito en un Plan Medicare Advantage, hay un límite en la cantidad que tiene que pagar de gastos de bolsillo cada año por servicios médicos cubiertos por la Parte A y B de Medicare. Este límite se conoce como cantidad máxima de gastos de bolsillo (MOOP) para servicios médicos; para el año calendario 2023 esta cantidad es de $500.

Los montos que paga por copagos y coseguro por servicios cubiertos cuentan para este monto máximo de bolsillo. (Los montos que paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D no cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo. Además, las cantidades que paga por algunos servicios no cuentan para su cantidad máxima de bolsillo. Esos servicios están marcados con un asterisco en el Cuadro de beneficios médicos. Si llega al monto máximo de bolsillo de $500, ya no tendrá que pagar más costos de bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen el saldo”

Como miembro de Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar la cantidad del gasto compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden añadir cargos adicionales aparte, lo que se llama “facturación de saldo”. Esta protección se aplica aun si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Esta protección funciona así:

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo de dólares, por ejemplo, $15.00), entonces usted paga solo ese monto por cualquier servicio cubierto recibido de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
    - Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la cantidad reembolsada por el plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red únicamente en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión o servicios necesarios de urgencia).

  - Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red únicamente en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión o servicios necesarios de urgencia).

- Si cree que un proveedor le "facturó saldos", llame a Servicios para Miembros.

No permitimos que los proveedores le facturen los servicios cubiertos. Nosotros pagamos directamente a nuestros proveedores y le evitamos que usted tenga que pagar facturas. Incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que este haya cobrado por un servicio. Si recibe una factura de un proveedor, llame al Servicios para miembros.

SECCIÓN 2 Use el *Cuadro de beneficios médicos* para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar

Sección 2.1 Sus costos y beneficios médicos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos de las siguientes páginas menciona los servicios cubiertos por Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) y lo que usted paga de gastos de bolsillo por cada servicio. La cobertura para medicamentos con receta de la Parte D está en el Capítulo 5. Los servicios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos de Medicare y Medicaid se deben prestar según las directrices de cobertura que establece Medicare y Medicaid.
- Sus servicios (incluyendo la atención médica, servicios, suministros, equipo y medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.
- Recibe su atención médica de un proveedor de red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red, a menos que sea atención de emergencia o de urgencia o a menos que su plan o un proveedor dentro de la red le haya dado una remisión. Esto significa que usted tendrá que pagar al proveedor el costo total de los servicios prestados.
- Tiene un Proveedor de atención primaria (un PCP) que le está dando y controlando su atención. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe darle aprobación previa antes de que pueda usted visitar a otros proveedores de la red del plan. A esto se le llama darle una "remisión".

- Algunos de los servicios en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos *solamente* si su médico u otro proveedor dentro de la red obtiene nuestra aprobación por anticipado (algunas veces llamada "autorización previa"). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación con antelación están marcados con una nota al pie en la tabla de beneficios médicos.

Otra información importante sobre su cobertura:

- Usted está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid: Medicare cubre la atención médica y los medicamentos con receta. Medicaid cubre los costos compartidos por los servicios de Medicare, incluyendo los copagos. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare y usted 2023*. Véalo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin ningún costo bajo Medicare Original, también cubrimos el servicio sin ningún costo para usted. Sin embargo, si usted recibe tratamiento o control para alguna enfermedad existente durante la visita en que reciba el servicio preventivo, se aplicará un copago por el tratamiento recibido para la enfermedad existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier nuevo servicio durante 2023, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.

- Nuestro plan da sus beneficios de Medicare y AHCA (Medicaid). Los artículos y servicios adicionales que cubre AHCA (Medicaid) se indican en el cuadro de abajo en esta sección.
    - Lo que está cubierto y lo que paga depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que puede tener derecho, llame a la Agencia para la Administración de la Atención Médica (AHCA) o al Departamento de Niños y Familias de Florida (DCF). Los números de teléfono se pueden encontrar en el Capítulo 2, Sección 6.
    - La información detallada sobre sus beneficios de AHCA (Medicaid) se puede encontrar en el resumen de servicios cubiertos de Medicaid de Florida de AHCA en línea en: https://ahca.myflorida.com/Medicaid/flmedicaid.shtml

- Si está dentro del período de 1 mes de elegibilidad continua considerada de nuestro plan, continuaremos dando todos los beneficios de Medicare que cubre el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, es posible que sea responsable de pagar las primas de las Partes A y B de Medicare. Continuaremos cubriendo los costos compartidos que cubre su plan Medicare Advantage durante este período. Las cantidades de costo compartido de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.

Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare según Medicaid, no paga nada por los servicios mencionado en la Tabla de beneficios, siempre que cumpla los requisitos de cobertura descritos arriba.

**La asistencia de costos compartidos dentro del Cuadro de beneficios médicos se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Información importante de beneficios para todos los miembros que participan en los servicios de Planificación de bienestar y atención médica (WHP)

- Dado que Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) participa en la Compra de costos compartidos de RX, será elegible para los siguientes servicios de WHP, incluyendo los servicios de planificación anticipada de la atención (ACP):
  - Documentar lo que es importante para usted es importante para recibir la atención que quiere cuando está demasiado enfermo para hablar por usted mismo.
  - Como miembro de nuestro plan, se le dan las directivas anticipadas de atención médica en su paquete de bienvenida. También puede acceder a una copia en línea visitando nuestro sitio web en www.ChooseUltimate.com. Las directivas anticipadas de atención médica incluyen los siguientes formularios:
    - Testamento en vida
    - Documento de designación de representante de atención médica
    - Formulario uniforme de donante
    - Tarjeta imprimible de directivas anticipadas de atención médica
  - Además, si cumple ciertas condiciones médicas ahora o si su estado de salud cambia en el futuro, nuestro plan se comunicará con usted. Un administrador de casos dará apoyo para garantizar que tenga una directiva anticipada en vigor y que pueda compartirla con sus familiares y médicos. La participación en cualquier programa que incluya Planificación del bienestar y la atención médica o Planificación con antelación de la atención es voluntaria y usted es libre de rechazar el servicio en cualquier momento.
  - Los miembros califican para un costo compartido cero para los medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información.

Información importante de beneficios para los miembros que califican para “Ayuda adicional”:

- Si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguro, puede ser elegible para otros beneficios complementarios específicos o costo compartido reducido específico:

- Consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 para obtener más información.

Usted verá esta manzana junto a los servicios de prevención en la tabla de beneficios.

Cuadro de beneficios médicos

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Un ultrasonido diagnóstico de una sola vez para las personas en riesgo. El plan cubre estas pruebas de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermero de práctica avanzada, o especialista en enfermería clínica.	No hay que pagar coseguro, copago, o deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 consultas en 90 días para beneficiarios de Medicare en estas circunstancias: Para los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • Con una duración de 12 semanas o más; • no específico, en cuanto a que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con alguna enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con operaciones; y • no está asociado con un embarazo.	$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación) Se cubrirán ocho sesiones más para los pacientes que muestren mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente. Se debe suspender el tratamiento si el paciente no mejora o muestra regresión. Requisitos del proveedor: Los médicos (según se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del seguro social (Social Security Act) (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), los enfermeros de práctica avanzada (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (según se identifica en la sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden hacer acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • un título de maestría o doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM), y • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para hacer acupuntura en un estado, territorio o Estado Libre Asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que haga acupuntura debe tener un nivel adecuado de supervisión de un médico, un PA o un NP/CNS, tal como lo exigen nuestras reglamentaciones en las secciones 410.26 y 410.27 del título 42 del CFR. *Se debe tener una remisión.*	

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios para alergias (beneficio de Medicaid) Medicaid cubre los servicios médicamente necesarios para alergias para dar procedimientos diagnósticos y terapéuticos de los trastornos de hipersensibilidad que pueden manifestarse por reacciones sistémicas generalizadas y por reacciones localizadas en cualquier sistema de órganos del cuerpo. Estos servicios incluyen: • Pruebas de IgE específicas in vitro • Pruebas de la piel intracutáneas • Pruebas de la piel percutáneas • Prueba de desafío de ingestión Inmunoterapia con alérgenos de la siguiente manera: • Hasta 156 dosis cada 366 días por beneficiario para los códigos de procedimiento 95144 y 95165 • Hasta 52 dosis cada 366 días por beneficiario para los códigos de procedimiento 95145-95149 y 95170 *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**
Servicios de ambulancia • Los servicios cubiertos de ambulancia incluyen ala fija, ala giratoria y servicios de ambulancia terrestre al centro apropiado más cercano que proporciona atención solo si se proporcionan a un miembro cuya condición médica es tal que otros medios de transporte pueden poner en riesgo la salud de la persona o si están autorizados por el plan. • El transporte que no es de emergencia en ambulancia es apropiado si está documentado que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte están contraindicados y dicho transporte en ambulancia es médicamente requerido. *Es posible que se apliquen normas de autorización a servicios selectos.*	$0 de copago por cada servicio de transporte terrestre cubierto por Medicare. $0 de copago por cada servicio de transporte terrestre cubierto por Medicare. Los costos compartidos se aplican a cada viaje de ida.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios del centro de cirugía ambulatoria (ASC) (Beneficio de Medicaid) Medicaid cubre los servicios médicamente necesarios para los artículos y servicios que normalmente se dan para hacer una cirugía, incluyendo los siguientes: • Servicios de anestesia • Procedimientos dentales • Medicamentos y agentes biológicos • Duradero • Pruebas de laboratorio • Suministros médicos y quirúrgicos • Servicios de enfermería, técnicos y afines • Servicios de radiología • Servicios quirúrgicos • Férulas, yesos y dispositivos relacionados • Servicios de emergencias cuando un beneficiario no puede ser trasladado a un hospital para recibir tratamiento, sin dejar otra opción que prestar servicios en la sede de ASC. • Procedimientos terminados que finalizan antes de que se complete el servicio o procedimiento cuando el bienestar del beneficiario se ve amenazado por complicaciones médicas. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*

Servicios de anestesia (Beneficio de Medicaid)
Medicaid cubre los siguientes servicios de anestesia médicamente necesarios, incluyendo el manejo de la anestesia general para hacer que un beneficiario sea insensible al dolor y al estrés emocional durante los procedimientos médicos:
• Procedimientos quirúrgicos
• Procedimientos médicos
• Procedimientos obstétricos
• Procedimientos dentales
• Anestesia epidural por hasta 360 minutos de anestesia epidural para un parto vaginal o por cesárea
• Atención de anestesia supervisada (MAC) cuando se factura con los códigos de anestesia, cuando los proveedores anticipan que un beneficiario puede:
  o Requerir anestesia general
  o Desarrollar una reacción fisiológica adversa durante el procedimiento quirúrgico.
 	
Se pueden aplicar normas de autorización previa.
	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**

Visita de bienestar anual Si ha tenido la Parte B más de 12 meses, puede tener una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud y factores de riesgo actuales. Este chequeo está cubierto una vez cada 12 meses. **Nota:** La primera visita de bienestar anual no se puede hacer en el período de 12 meses a partir de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de “Bienvenido a Medicare” para estar cubierto para las visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual. Cualquier servicio adicional entregado durante la visita es posible que necesite copago o coseguro.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios de atención asistencial (Beneficio de Medicaid) Medicaid cubre los siguientes servicios de atención asistencial para los beneficiarios elegibles que viven en centros que requieren servicios integrados las 24 horas: • Apoyo médico • Ayuda con las habilidades de la vida diaria (ADL) • Asistencia con la ayuda instrumental para las habilidades de la vida diaria (IADL) • Asistencia con la autoadministración de medicamentos Esto incluye a los residentes de centros de vida asistida con licencia (ALF), hogares de cuidado familiar para adultos (AFCH) y centros de tratamiento residencial (RTF). *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**
Dispositivos de seguridad para el baño Nuestro plan cubre un (1) dispositivo de seguridad para el baño (luz de noche o luz para el inodoro) al año para evitar caídas. Para encargar un dispositivo de seguridad para el baño, llame a los Servicios para miembros. Busque la información de contacto en el Capítulo 2, Sección 1.	$0 de copago por un (1) dispositivo al año.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios de evaluación de salud mental (beneficio de Medicaid) Medicaid cubre los siguientes servicios de salud conductual de la comunidad médicamente necesarios, incluyendo servicios de salud mental y consumo de sustancias para lograr la máxima reducción del trastorno de salud mental o consumo de sustancias del beneficiario y la restauración al mejor nivel funcional posible. • Evaluaciones • Servicios médicos y psiquiátricos • Terapias individuales, grupales y familiares • Servicios de rehabilitación *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**
Servicios de apoyo de la comunidad para la salud conductual (beneficio de Medicaid) Medicaid cubre los siguientes servicios de evaluación de salud conductual médicamente necesarios: • Evaluación biopsicosocial • Examen breve del estado de salud de conductual • Evaluación en profundidad • Evaluación funcional limitada • Evaluación psiquiátrica • Revisión psiquiátrica de registros • Pruebas psicológicas • Desarrollo del plan de tratamiento • Revisión del plan de tratamiento *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios de intervención de salud conductual (beneficio de Medicaid) Medicaid cubre los siguientes servicios de intervención de salud conductual médicamente necesarios para permitir a los beneficiarios funcionar con éxito en la comunidad en el entorno menos restrictivo y para restaurar o mejorar la capacidad de los servicios de manejo de la vida personal, social y prevocacional. • Servicios diurnos de salud conductual para personas de entre 2 y 5 años • Servicios terapéuticos conductuales en el lugar para menores de 21 años *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**
Administración de medicamentos de salud conductual servicios (beneficio de Medicaid) Medicaid cubre el siguiente manejo de medicamentos de salud conductual (BHMM) médicamente necesarios, incluyendo el tratamiento asistido con medicamentos junto con evaluaciones psiquiátricas, orientación y terapias conductuales para un método de tratamiento integral de los trastornos de la salud conductual y el consumo de sustancias. • Servicios médicos para la salud conductual • Tratamiento asistido por medicamentos • Manejo de medicamentos *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios complementarios de salud mental (beneficio de Medicaid) Medicaid cubre los servicios complementarios de salud conductual médicamente necesarios para miembros menores de 21 años, incluyendo: salud mental, abuso de sustancias y servicios de apoyo. Los servicios de superposición de salud conductual están diseñados para cubrir las necesidades de tratamiento de salud conductual de los beneficiarios bajo el cuidado de agencias certificadas inscritas en Medicaid según el contrato con el Departamento de Niños y Familias, Bienestar Infantil y organizaciones de Cuidado Basado en la Comunidad. Se cubre lo siguiente: • Terapia individual, familiar y grupal • Manejo de la conducta • Apoyo terapéutico *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**
Servicios de terapia de salud conductual (beneficio de Medicaid) Medicaid cubre los servicios de terapia de salud conductual médicamente necesarios, incluyendo la documentación, educación y remisiones. Se cubre lo siguiente: • Psicoterapia médica individual breve • Terapia médica de grupo breve • Terapia individual y familiar • Terapia de grupo Los grupos pueden incluir participantes que no sean elegibles para Medicaid y deben tener entre dos y 15 participantes. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Medición de masa ósea Para las personas calificadas (generalmente, son las personas en riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detección de pérdida de hueso o determinación de la calidad ósea, incluyendo la interpretación de los resultados por un médico.	No hay coseguro, copago, ni deducible para la medida de masa ósea cubierta por Medicare
Prueba de detección de cáncer de seno (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años de edad • Una mamografía de evaluación cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años • Exámenes clínicos de las mamas una vez cada 24 meses *Es posible que se apliquen normas de autorización a las mamografías digitales de diagnóstico, y las mismas no tienen cobertura de este beneficio.*	No hay coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoría están cubiertos para los miembros que cumplan con ciertas condiciones con la orden de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardiaca que son generalmente más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardiaca. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare en el consultorio del PCP o del especialista, en un centro independiente o en un proveedor hospitalario. $0 de copago por cada servicio de rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare en el consultorio del PCP o del especialista, en un centro independiente o en un proveedor hospitalario.
Visita para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular) Cubrimos 1 visita al año con su médico de cuidado primario para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, puede que su médico hable del uso de aspirina (si es apropiado), le tome la presión arterial, y le dé sugerencias para asegurarse de que coma de manera saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para la terapia conductual intensiva para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares
Chequeo de la enfermedad cardiovascular Exámenes de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible para pruebas de enfermedad cardiovascular que está cubierta una vez cada 5 años.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios cardiovasculares (beneficio de Medicaid) Medicaid cubre los siguientes servicios cardiovasculares médicamente necesarios para diagnosticar y tratar trastornos del corazón y el sistema vascular extendido. • Cateterización cardíaca • Cardiografía • Monitoreo cardiovascular • Cirugía cardiovascular • Servicios y procedimientos terapéuticos coronarios • Evaluaciones de dispositivos cardíacos implantables y portátiles • Procedimientos y estudios electrofisiológicos intracardíacos • Estudios fisiológicos no invasivos • Estudios de diagnóstico vascular no invasivos • Una ecocardiografía cada 30 días, por beneficiario • Hasta dos ecocardiogramas transesofágicos por fecha de servicio, por beneficiario *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**
Prueba de detección de cáncer del cuello uterino y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Si está en alto riesgo de cáncer cervical o vaginal o están en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: un examen de Papanicolaou cada 12 meses	No hay coseguro, copago ni deducible por los exámenes preventivos cubiertos por Medicare de Papanicolaou y pélvicos.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Administración de casos específicos de salud infantil (beneficio de Medicaid) Medicaid cubre los servicios de administración de casos específicos de salud infantil médicamente necesarios para dar administración de casos a los beneficiarios que reciben servicios del Programa Early Steps de Children's Medical Services, o que están en crianza temporal médica para ayudarlos a obtener acceso a servicios médicos, sociales, educativos y de otro tipo según sea necesario. Los beneficiarios de Medicaid que cumplan los siguientes criterios pueden recibir servicios de administración de casos específicos de Child Health Services. • Tiene menos de tres años y recibe servicios del Programa Early Steps de Children's Medical Services, o menos de veinte años y recibe servicios mediante un contratista de Children's Medical Services Medical Foster Care. • No recibir servicios de administración de casos bajo una exención de servicios basados en el domicilio y la comunidad. • No está en un hospital, asilo de ancianos, centro de cuidados intermedios ni institución para enfermedades mentales según los requisitos de cobertura y limitaciones. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Cubrimos solo la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones.	$0 de copago por cada visita quiropráctica cubierta por Medicare.
Servicios adicionales cubiertos por Medicaid que se consideran médicamente necesarios: • Una visita de paciente nuevo más 23 visitas de pacientes establecidos por año o 24 visitas de pacientes establecidos por año • Rayos X *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**
Prueba de detección de cáncer colorrectal Para las personas de 50 años de edad o más, se cubre lo siguiente: • Sigmoidoscopía flexible (o examen de enema de bario como alternativa) cada 48 meses Uno de los siguientes servicios cada 12 meses: • Análisis de sangre oculta en la materia fecal de guayacol (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) Examen médico de cáncer colorrectal basado en ADN cada 3 años Para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos: • Evaluación de colonoscopía (o evaluación de enema de bario como alternativa) cada 24 meses Para personas que no están en alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopía de control cada 10 años (120 meses), pero no en los 48 meses después de una sigmoidoscopia preventiva	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. $0 de copago por cada enema de bario cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios del Departamento de Salud del Condado (County Health Department, CHD) (Beneficio de Medicaid) Medicaid cubre los siguientes servicios de CHD médicamente necesarios para la atención médica preventiva, servicios de diagnóstico relacionados y servicios dentales: • Exámenes médicos para adultos • Exámenes de control médico infantil • Exámenes de detección y tratamiento de enfermedades transmisibles (infecciones de transmisión sexual, tuberculosis y VIH/Sida) • Dental • Planificación familiar • Vacunas • Atención médica básica • Atención prenatal y obstétrica • Servicios de enfermeras registradas *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**
Servicios dentales	
En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por el Medicare Original. Nosotros cubrimos: • 1 evaluación dental cada 6 meses • 1 limpieza cada 6 meses • 1 tratamiento con flúor cada 6 meses • 2 radiografías dentales cada año Las radiografías pueden incluir: • Primera imagen radiográfica periapical intraoral • Intraoral, periapical cada imagen radiográfica adicional • De aleta de mordida, imagen radiográfica única, o de aleta de mordida, dos, tres o cuatro imágenes radiográficas	$0 de copago por cada servicio dental cubierto por Medicare. $0 de copago por servicios dentales de rutina y completos cubiertos por nuestro beneficio complementario.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios dentales (continuación)	
• Intraoral, serie completa de imágenes radiográficas 1 cada 3 años • Imágenes radiográficas panorámicas cubiertas 1 cada 3 años • 1 examen dental completo cada 3 años • 3 empastes por año • 1 corona por año Los empastes pueden incluir: • Amalgama, una o más superficies, primaria o permanente • Compuesto a base de resina, de una a tres superficies, anterior, cuatro o más superficies, con ángulo incisal • Compuesto a base de resina, una o más superficies, posterior • 1 desbridamiento de toda la boca cada 2 años • 4 procedimientos de raspado y alisado radicular (limpieza profunda), limitados a 1 procedimiento por cuadrante por año • 2 procedimientos de mantenimiento periodontal después de una operación activa por año • Anestesia necesaria con servicios cubiertos • 1 endodoncia al año • 1 extracción simple al año Las extracciones simples pueden incluir: • Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta • Extracción, diente erupcionado que requiere extracción de hueso o sección del diente • 1 extracción quirúrgica por año Las extracciones quirúrgicas pueden incluir: • Extracción de diente impactado • Eliminación de raíces dentales residuales (procedimiento de corte)	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid** Un dentista general participante debe prestar los servicios.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios dentales (continuación) • Extracciones simples y quirúrgicas ilimitadas necesarias para adaptar las dentaduras postizas Las dentaduras postizas pueden incluir 1 de las siguientes por arco cada 5 años: • Dentadura postiza completa, maxilar o mandibular • Dentadura postiza inmediata, maxilar o mandibular • Dentadura postiza parcial maxilar o mandibular, base de resina • Dentadura postiza parcial maxilar o mandibular, metal fundido, base de resina • Dentadura postiza parcial maxilar o mandibular, base flexible • Revestimiento de dentadura postiza maxilar o mandibular (1 por año) Servicios dentales no rutinarios médicamente necesarios, como cubiertos por Medicare Original, como: • Un examen bucal en el hospital antes de un trasplante de riñón • Un examen bucal en una clínica rural o en un Centro médico calificado a nivel federal (Federally Qualified Health Center, FQHC) antes de un reemplazo de válvula cardíaca • Servicios dentales necesarios para el tratamiento de radiación para ciertas enfermedades de la mandíbula (p. ej., cáncer oral) • Reconstrucción del reborde alveolar (parte de la mandíbula) cuando se extirpa un tumor facial • Operación para tratar fracturas de la mandíbula o de la cara • Férulas dentales y alambres necesarios después de una operación de mandíbula El mantenimiento periodontal, la irrigación gingival y la administración localizada de agentes antimicrobianos, como Arestin®, no están cubiertos, y el miembro es responsable del cargo adicional, aunque el raspado/alisado radicular esté cubierto.	

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios dentales (continuación) **Servicios adicionales cubiertos por Medicaid que se consideran médicamente necesarios para personas menores de 21 años:** • Coronas • Profilaxis oral, 1 en un período de 181 días • Restauraciones • Selladores, una vez por diente (molar permanente), cada 3 años *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	
Pruebas de detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión al año. La prueba de detección se debe hacer cabo en un entorno de atención primaria que pueda dar tratamiento de seguimiento y remisiones.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de detección de la depresión.
Pruebas de detección de diabetes Cubrimos este examen de detección (incluso las pruebas de glucosa en plasma en ayuno) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estas pruebas, puede que sea elegible para hasta dos exámenes médicos de diabetes cada 12 meses.	No hay coaseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertos por Medicare

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios y suministros para capacitación del control de su propia diabetes Para todas las personas que tienen diabetes (tanto los que utilizan insulina como los que no la utilizan). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para supervisar la glucosa en sangre: Monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas de glucosa en la sangre, lancetas y dispositivos para lancetas y soluciones control de glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores. • Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético: Un par de zapatos terapéuticos hechos a la medida cada año calendario (incluso los accesorios que se proporcionan con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (adicionales a las plantillas extraíbles estándar que se proporcionan con dichos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el control de su propia diabetes está cubierta en ciertas condiciones. *El (servicio preventivo) se aplica solamente a la capacitación de autocontrol de la diabetes.* *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por suministros de monitoreo de diabetes cubiertos por Medicare. $0 de copago por zapatos o plantillas terapéuticas para diabéticos cubierto por Medicare. $0 de copago por servicios de capacitación para el control de su propia diabetes cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios y suministros para capacitación del control de su propia diabetes (continuación) *Ciertos servicios y suministros para diabéticos se limitan a los de fabricantes especificados. Cubrimos los glucómetros y las tiras reactivas de la marca OneTouch por medio de la farmacia y de pedidos por correo con receta. Cubrimos otras marcas de monitores de glucosa y tiras reactivas (incluyendo productos genéricos) mediante los proveedores de DME dentro de la red del plan. Consulte la lista completa en nuestro sitio web o llame a Servicios para miembros. La información de contacto está en la parte de atrás de este cuadernillo. Los monitores continuos de glucosa y otros suministros están disponibles solo a través de los proveedores de DME dentro de la red del plan. Normalmente, no se cubren productos de marcas alternativas, a menos que su médico nos diga que usar esa marca es médicamente necesario es su situación en particular. Usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan para que paguemos esos productos alternativos o cantidades mayores que las que permite Medicare.*	
Servicios de diálisis (beneficio de Medicaid) Medicaid cubre los servicios médicamente necesarios de diálisis incluyendo toda la supervisión y administración de la rutina del tratamiento de diálisis, suministros médicos duraderos y desechables, equipos, pruebas de laboratorio, servicios de apoyo, medicamentos parenterales, categorías de medicamentos aplicables (incluyendo las sustituciones) y toda la capacitación y el monitoreo necesarios para beneficiarios que reciben tratamiento de diálisis peritoneal. Los tratamientos cubiertos incluyen: • Tratamientos de hemodiálisis • Tratamientos de diálisis peritoneal *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados	
(Para la definición de "equipo médico duradero", vea el Capítulo 12 y el Capítulo 3, Sección 7, de este documento). Los artículos cubiertos incluyen, no limitados a: sillas de ruedas, muletas, sistemas eléctricos para colchones, suministros para diabéticos, camas de hospital que ordene un proveedor para el uso en casa, bombas de infusión de línea intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el equipo médico duradero necesario médicamente cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no utiliza una marca o fabricante específico, puede pedirles si pueden hacer un pedido especial para usted. La lista de proveedores más reciente también está en nuestro sitio web en www.ChooseUltimate.com.	$0 de copago por equipo médico duradero cubiertos por Medicare. Los costos compartidos para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es $0 de copago, cada mes. Los costos compartidos no cambiarán después de estar inscrito por 36 meses. $0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**
Servicios adicionales cubiertos por Medicaid que se consideran médicamente necesarios: Medicaid cubre el equipo médico duradero (DME) y los suministros médicos médicamente necesarios apropiados para su uso en la vivienda del beneficiario. El DME puede alquilarse, comprarse o alquilarse con opción a compra. Los beneficiarios de Medicaid pueden recibir servicios de equipos médicos duraderos y suministros médicos médicamente necesarios según los requisitos de cobertura y limitaciones. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*

Servicios de intervención temprana (beneficio de Medicaid)
Medicaid cubre los siguientes servicios de intervención temprana para los menores de tres años (36 meses) que necesitan Servicios de intervención temprana médicamente necesarios mediante el Programa Early Steps de Children's Medical Services del Departamento de Salud:
• Hasta tres exámenes médicos por año, por beneficiario, para identificar la presencia de una discapacidad del desarrollo
• Una evaluación inicial (máximo de ocho) de por vida, por beneficiario cuando la hace un equipo multidisciplinario
• Hasta tres evaluaciones de seguimiento (máximo de 24) por año, por beneficiario
• Hasta dos sesiones individuales o EIS por semana (máximo de 4 por día) por beneficiario que incluya lo siguiente:
  o Apoyar a la familia o al cuidador en el aprendizaje de nuevas estrategias para mejorar el desarrollo y la participación del beneficiario en las actividades y rutinas naturales de la vida diaria
  o Capacitar a los padres para implementar estrategias de intervención para minimizar los posibles efectos adversos y maximizar el desarrollo saludable
  o Las sesiones grupales deben incluir dos o más beneficiarios
 	
Se pueden aplicar normas de autorización previa.
	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que: • Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona normal prudente que tiene un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar que fallezca (y, si está embarazada, pérdida del bebé no nacido), pierda una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente. El costo compartido por servicios necesarios de emergencia proporcionados fuera de la red es el mismo para esos servicios proporcionados dentro de la red.	$0 de copago por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado de paciente hospitalizado después de que se ha estabilizado su condición de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo su atención, *O*, debe recibir la atención para paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y el costo es el gasto compartido que pagaría en un hospital de la red.
También cubrimos atención de emergencia complementaria en todo el mundo*. Existe una cantidad máxima de cobertura de beneficios del plan de $50,000 para servicios de urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios.	$100 de copago por cada servicio de emergencias en el extranjero cubierto por nuestro beneficio complementario. Debe pagar esta cantidad si lo hospitalizan fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*

Servicios de evaluación y administración (beneficio de Medicaid)
Medicaid cubre los siguientes servicios de evaluación y administración médicamente necesarios:
 	
• Servicios de exámenes médicos para adultos
  o Una evaluación médica para adultos cada 365 días, para beneficiarios mayores de 21 años
• Servicios de control médico infantil
  o Servicios de medicina preventiva para beneficiarios menores de 21 años, según el programa de periodicidad de la Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics)
• Servicios en centros de atención de custodia y servicios en centros de enfermería
  o Una visita de evaluación y administración por mes, por beneficiario
• Visitas a consultorio
  o Según sea médicamente necesario para los beneficiarios menores de 21 años y las beneficiarias embarazadas mayores de 21 años
  o Hasta dos visitas en el consultorio al mes, por especialidad, para los beneficiarios mayores de 21 años
• Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos
 	
Se pueden aplicar normas de autorización previa.
	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios del centro médico calificado a nivel federal (beneficio de Medicaid) Medicaid cubre los siguientes servicios de atención primaria ambulatoria y servicios de diagnóstico relacionados médicamente necesarios hasta 3 encuentros por día, por beneficiario: • Exámenes médicos para adultos • Salud conductual • Exámenes de control médico infantil • Quiropráctica • Dental • Planificación familiar • Vacunas • Atención médica básica • Atención prenatal y obstétrica • Optometría • Podología • Servicios de enfermeras registradas *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**
Programa de actividad física El programa de fitness SilverSneakers® es un programa completo de bienestar que incluye: • Membresía fitness con acceso a más de 15,000 centros de fitness participantes de todo el país. • Acceso a las instalaciones básicas del centro de fitness más clases grupales con instructores certificados, que se centran en la agilidad, el equilibrio, la salud cardiovascular, la coordinación, la flexibilidad y la amplitud de movimientos. • Kits domésticos para miembros que no puedan ir a un centro de fitness por lesiones, enfermedades o estar confinados en su casa.	$0 de copago por programas de fitness cubiertos.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Programa de actividad física (continuación) • Hable siempre con su médico antes de empezar un programa de ejercicios. Para obtener su número de identificación de miembro de SilverSneakers®, visite SilverSneakers.com/Eligibility o llame al 1-888-423-4632 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora del este.	

Flex Card
El beneficio de la tarjeta flexible es una tarjeta Visa prepaga que puede usarse para cubrir costos que excedan los beneficios permitidos por el plan para servicios de audición, dentales y de la vista, como se detalla en esta Tabla de beneficios médicos.
 	
En caso de que un proveedor no acepte tarjetas Visa o haya una falla en la lectura de la tarjeta, reembolsaremos los servicios dentales, de la vista y de audición cubiertos. Debe enviar un formulario de solicitud de reembolso junto con el recibo original impreso y detallado del proveedor. La solicitud de reembolso debe enviarse dentro de los 90 días posteriores a la fecha de compra. Comuníquese con el plan al número impreso en la parte de atrás de este folleto para obtener información adicional.
 	
Se aplican las siguientes limitaciones y restricciones:
• No se puede usar a cambio de dinero en efectivo
• Solo se puede usar para los beneficios cubiertos para el afiliado
• No se puede usar para procedimientos cosméticos
• Los dólares de beneficios no usados volverán al plan:
  o Al final del año
  o Al finalizar su membresía con el plan
	Nuestro beneficio permite $500 cada año

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios gastrointestinales (Beneficio de Medicaid) Medicaid cubre los siguientes servicios gastrointestinales para dar procedimientos diagnósticos y terapéuticos de los trastornos digestivos: • Servicios de cirugía digestiva, incluyendo: o Cirugías bariátricas restrictivas que encogen el tamaño del estómago y reducen la cantidad de comida que puede contener o Cirugías bariátricas malabsortivas que reorganizan o eliminan parte del sistema digestivo limitando la cantidad de calorías y nutrientes que se pueden absorber o Cirugías bariátricas combinadas que combinan técnicas restrictivas y malabsortivas o Revisiones, reversiones o conversiones de cirugía bariátrica por complicaciones de la cirugía • Gastroenterología • Fisiología gástrica *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**
Servicios genitourinarios (Beneficio de Medicaid) Medicaid cubre los siguientes servicios genitourinarios para dar procedimientos diagnósticos y terapéuticos de los trastornos genitales y urinarios: • Servicios de cirugía endocrina • Endocrinología • Servicios de cirugía genital femenina • Servicios de cirugía genital masculina • Servicios de cirugía urinaria *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Programas de educación para la salud y el bienestar	
Educación para la salud El programa de educación para la salud está diseñado para ayudar a sus miembros a que desarrollen conocimientos y competencias de cuidado personal, y para fomentar la motivación y la confianza necesarias para usar esas competencias con el objetivo de mejorar y mantener la salud. Estos servicios de educación los prestan educadores médicos certificados u otros profesionales autorizados, e incluyen acseso a información sobre procesos de enfermedades específicas, tratamientos y terapias con medicamentos, señales y síntomas a los que se deben estar atentos, estrategias y técnicas de cuidado personal, restricciones en la alimentación y orientación nutricional mediante material escrito y sesiones individuales e interactivas de coaching por teléfono. Hay un programa de educación para la salud que se ofrece a todos los miembros en los que se identifica la necesidad de educación sobre una enfermedad o una condición específicas, mediante una evaluación de riesgos de salud, o una remisión generada por el propio paciente o por un médico. **Línea directa de enfermería 24/7** Los miembros pueden llamar a la línea directa para hablar con un enfermero certificado las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para obtener información médica, orientación y apoyo relacionado con una preocupación de salud inmediata o preguntas sobre una condición médica específica, sin costo extra. Los miembros pueden comunicarse con la línea directa de enfermería al 1-855-238-4687. Los usuarios de TTY deben marcar 711. Las llamadas a estos números son gratis.	No hay coseguro, copago ni deducible para los programas de educación para la salud y el bienestar.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Comidas saludables	
Ultimate Benefit Card tiene una asignación mensual para gastar en los comercios participantes para la compra de comidas saludables como vegetales, frutas, pan, arroz, leche y más. Se aplican las siguientes limitaciones y restricciones: • No se puede usar para comprar tabaco, alcohol ni otros productos no comestibles • Los dólares de beneficios no usados vencen al final de cada mes	Nuestro beneficio tiene un límite de $100 al mes. La cantidad del beneficio no se transfiere de un mes a otro.
Servicios auditivos	
Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio realizadas por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención de paciente ambulatorio cuando las proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.	$0 de copago por exámenes cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio.
También cubrimos servicios complementarios de atención de la audición de rutina, incluyendo: • 1 examen auditivo de rutina cada año • 1 adaptación y evaluación de aparato auditivo cada dos años* • Audífonos*	$0 de copago por exámenes de audición de rutina complementarios, por adaptación y evaluación de audífonos, y por cada audífono.
Nuestro plan paga hasta $1,000 al año, por audífono, por oído. Los miembros podrán elegir entre fabricantes seleccionados de audífonos. Los servicios los debe prestar un proveedor que participe en la red de proveedores de audición del plan.	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*

Servicios auditivos (continuación)
Servicios adicionales cubiertos por Medicaid que se consideran médicamente necesarios:
• Pruebas de diagnóstico audiológico
  o Cuando sea médicamente necesario mediante un examen médico o para documentar el resultado del tratamiento
• Audífonos anclados al hueso (BAHA)
  o Para los beneficiarios que documentaron una pérdida auditiva profunda y severa en uno o ambos oídos de la siguiente manera:
  ▪ Dispositivo implantado para beneficiarios mayores de cinco años
  ▪ Dispositivo de no implantación (softband) para beneficiarios menores de cinco años
• Implantes cocleares
  o Para beneficiarios mayores de 12 meses que tengan una pérdida auditiva neurosensorial bilateral de profunda a grave documentada
• Dispositivos auditivos
  o Para beneficiarios que tienen una pérdida auditiva moderada o mayor, incluyendo los siguientes servicios:
  ▪ Un audífono nuevo, completo (no reacondicionado) por oído, cada tres años, por beneficiario
  ▪ Hasta tres pares de moldes auditivos por año, por beneficiario	

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios auditivos (continuación) ▪ Un servicio de adaptación y dispensación por oído, cada tres años, por beneficiario • Evaluación y reevaluación de la audición o Una evaluación de la audición cada tres años para determinar las opciones de audífonos y el audífono más apropiado • Reparaciones y reemplazos de dispositivos auditivos o Reparaciones y reemplazo de audífonos provistos por Medicaid y por otros proveedores o Hasta dos reparaciones de aparatos auditivos cada 366 días, una vez transcurrido el período de garantía de un año o Componentes externos del audífono anclado al hueso y componentes del implante coclear, incluyendo las baterías, después de que haya vencido el período de garantía del fabricante o el período de cobertura del plan de protección del seguro El fabricante del BAHA o del dispositivo coclear debe dar un procesador de sonido o de voz en préstamo en coordinación con el profesional de servicios auditivos del beneficiario, independientemente del estado de la garantía. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Examen médico para detectar el VIH Para las personas que piden una prueba diagnóstica de VIH o que tienen mayor riesgo de infección de VIH, cubrimos: • Un examen de detección cada 12 meses Para mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta un máximo de tres exámenes diagnósticos durante un embarazo	No hay coseguro, copago o deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección preventivas de VIH cubiertas por Medicare.
Atención de una agencia de atención médica en casa Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que necesita los servicios de salud en el hogar y ordenar los servicios de salud en el hogar proporcionados por una agencia de salud en el hogar. Debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir del mismo implica un esfuerzo mayor. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello: • Servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en casa, de tiempo parcial o intermitentes (para estar cubiertos según el beneficio de atención médica en casa, sus servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en casa combinados deben sumar un total de menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo e insumos médicos	$0 de copago por servicios médicos en casa cubiertos por Medicare. $0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Atención de una agencia de atención médica en casa (continuación) **Servicios adicionales cubiertos por Medicaid que se consideran médicamente necesarios:** • Hasta cuatro visitas médicas en casa intermitentes, por día, para beneficiarios menores de 21 años y mujeres embarazadas mayores de 21 años • Hasta tres visitas intermitentes en casa, por día, para beneficiarias no embarazados mayores de 21 años *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	
Terapia de infusión en casa La terapia de infusión en casa implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en casa. Los componentes necesarios para hacer una infusión en casa incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello: • Servicios profesionales, incluyendo de enfermería, prestados de acuerdo con el plan de atención • Capacitación y educación al paciente que no estén cubiertas de otra manera en el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo a distancia • Los servicios de monitoreo para la prestación de la terapia de infusión en casa y los medicamentos para la infusión en casa que dé un proveedor calificado de terapia de infusión en casa	$0 de copago por cada servicio de terapia de infusión en casa cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Terapia de infusión en casa (continuación) Para la terapia de infusión a domicilio se necesita un equipo médico duradero y un medicamento con receta de la Parte B de Medicare. Consulte las secciones correspondientes de la tabla de beneficios médicos para obtener información sobre los costos compartidos. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	
Cuidados de hospicio	
Usted es elegible para obtener el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal certificando que usted tiene una enfermedad terminal y seis meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Debe recibir cuidado de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar los programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluyendo los que son propiedad, controla o tiene un interés financiero la organización MA. Su médico de hospicio puede ser un proveedor de red o un proveedor de fuera de la red.	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y B relacionados con su pronóstico terminal los paga Medicare Original, no Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP).
Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor • Atención de relevo de corto plazo • Atención en el hogar	No se cobra coseguro, copago ni deducible por una sola visita de consulta antes de seleccionar el hospicio.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Cuidados de hospicio (continuación) Para los servicios de hospicio cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal: Medicare Original (en vez de nuestro plan) pagará a sus proveedores de hospicio sus servicios relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de un centro de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos enviará las facturas de los servicios por los que paga Medicare Original a Medicare Original. Se le cobrarán los costos compartidos de Medicare Original. Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico terminal: Si necesita los servicios necesarios que no sean de urgencia ni de emergencia cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de si usa un proveedor de nuestra red del plan y sigue las reglas del plan (como si hay un requisito de obtener autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, solo paga la cantidad de costo compartido del plan por los servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido abajo Pago-por-servicio de Medicare (Medicare Original) Para los servicios cubiertos por Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) pero no cubiertos por la Parte A o B de Medicare: Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos según la Parte A o B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga su cantidad de costo compartido del plan por estos servicios.	

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Cuidados de hospicio (continuación) Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición terminal en el hospicio, usted pagará los costos compartidos. Si están relacionados con su condición terminal en el hospicio, entonces usted pagará los costos compartidos de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 *(¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?)* **Nota:** Si necesita atención que no es de un centro de cuidados paliativos (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (una sola vez) para un enfermo terminal que no haya elegido el beneficio de cuidados paliativos.	
Vacunas Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si es médicamente necesario. • Vacuna contra la Hepatitis B si está en riesgo alto o intermedio de adquirir hepatitis B • Vacuna del COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumple las normas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos algunas vacunas según nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.	No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas de la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios de apoyo a domicilio Los servicios de apoyo en casa los presta Papa's Pals. Papa conecta a los miembros con Pals para el acompañamiento y la ayuda con las tareas diarias, creando una atmósfera familiar a demanda. Estos servicios incluyen: • Acompañamiento: Chatear, jugar juegos de mesa, ver una película, dar un paseo, hacer ejercicio. Incluso puede chatear virtualmente. • Necesidades de la casa: limpieza liviana, lavandería, preparación de comidas, organización, ayuda para mascotas. • Transporte: citas médicas, trabajo, mandados, compras de comestibles/farmacia. • Asistencia tecnológica: ayuda con computadoras, teléfonos inteligentes, tabletas, acceso a servicios de telesalud. Para obtener más información o para inscribirse en el programa, llame al 888-884-3614 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 11:00 p. m., de lunes a domingo.	$0 de copago por servicios de apoyo para acompañantes y cuidadores
Atención en el hospital para pacientes hospitalizados Incluye servicios para condiciones graves de pacientes hospitalizados, atención de hospital a largo plazo y otro tipo de servicios de hospital para pacientes hospitalizados. La atención de hospital para pacientes hospitalizados empieza el día en que usted es formalmente internado en el hospital con una orden del médico. El día antes del que se le da de alta es su último día de paciente hospitalizado. Los servicios cubiertos incluyen, sin limitación: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Alimentación, incluso dietas especiales	Nuestro plan cubre 90 días de estancia en el hospital como paciente hospitalizado por período de beneficios. Se cobrarán los copagos aplicables por período de beneficios. Los copagos se cobran desde el día del ingreso hasta el día del alta (si corresponde).

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Atención en el hospital para pacientes hospitalizados (continuación) • Servicios regulares de enfermería • Costos de unidades de atención especial (tal como las unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios) • Medicinas y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos tales como sillas de ruedas • Costos de las salas de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios de abuso de sustancias de paciente hospitalizado Cada período de beneficios empieza el día en el que ingresa a un hospital cubierto por Medicare (incluyendo hospitales de agudos, hospitales de acceso crítico, centros de rehabilitación con hospitalización, hospitales de atención a largo plazo, atención hospitalaria como parte de un estudio de investigación clínica que califique y atención de salud mental). El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido servicios hospitalarios (o atención especializada en un SNF) por 60 días corridos. Si ingresa al hospital después de que ha terminado un período de beneficios, empezará un nuevo período de beneficios. Un período de beneficios puede incluir varias hospitalizaciones. *Se pueden aplicar normas de autorización.*	$0 de copago al día para los días 1 a 90 $0 de copago al día por cada día de reserva en toda la vida. Los días de reserva de por vida suman 60 días adicionales de cobertura de estancia ingresado si permanece en el hospital por más de 90 días. Estos 60 días de reserva de por vida se pueden usar por única vez. A menos que sea una emergencia, su médico debe comunicar al plan que a usted lo van a hospitalizar.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Atención en el hospital para pacientes hospitalizados (continuación) • En ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, haremos arreglos para que su caso sea examinado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si es candidato para un trasplante. • Sangre: incluyendo almacenamiento y administración. Cobertura de sangre complete y células rojas comienza solamente con la cuarta pinta de sangre que usted necesite – usted debe ya sea pagar los costos de las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o tiene la sangre donada por usted o alguien más. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos con la primera pinta que se utiliza. • Servicios de médicos **Nota:** Para que se le considere un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para ingresarle al hospital formalmente como paciente hospitalizado. Aún si usted permanece en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es paciente interno o ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente interno o ambulatorio del hospital? Si Tiene Medicare - ¡Pregúntelo!" Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin costo a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Si recibe atención autorizada como paciente hospitalizado en un hospital que no pertenece a la red después de que se estabiliza su emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Atención en el hospital para pacientes hospitalizados (continuación)	
Servicios de hospital adicionales para pacientes hospitalizados cubiertos por Medicaid que se consideran médicamente necesarios: • Alojamiento y comida en una habitación semiprivada, excepto cuando el alojamiento privado sea médicamente necesario o solo haya habitaciones privadas disponibles • Medicamentos, productos biológicos, suministros, aparatos y equipos para su uso en el hospital • Servicios médicos o quirúrgicos • Servicios médicos sociales • Servicios de enfermería y otros servicios relacionados • Otros servicios de diagnóstico o terapéuticos • Uso de instalaciones de hospital	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**
Servicios de trasplante adicionales cubiertos por Medicaid que se consideren médicamente necesarios: • Médula ósea (trasplantes de sangre del cordón umbilical y células madre como sinónimo de trasplantes de médula ósea) • Córnea • Corazón • Corazón/pulmón • Intestino/multivisceral • Riñón • Riñón/páncreas • Hígado • Pulmones • Páncreas *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios de paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren estancia en un hospital. Nuestro plan cubre 90 días por cada período de beneficio. El período de beneficios empieza el día en que ingresa a un hospital cubierto por Medicare (incluyendo hospitales psiquiátricos, hospitales de agudos a largo plazo y hospitales de rehabilitación, o que reciba atención en un centro de enfermería especializada [SNF]). El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido servicios hospitalarios (o atención especializada en un SNF) por 60 días corridos. Si ingresa al hospital después de que ha terminado un período de beneficios, empezará un nuevo período de beneficios. Un período de beneficios puede incluir varias hospitalizaciones. Nuestro plan también cubre 60 ”días de reserva de por vida”. Estos son los días “adicionales” que cubrimos. Si la estancia hospitalaria supera los 90 días, usted puede utilizar estos días adicionales. Los 60 días de reserva de por vida se pueden usar por única vez para la atención en hospitales psiquiátricos o de agudos. Hay un límite de 190 días de por vida por servicios de paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico. Los servicios hospitalarios psiquiátricos para pacientes hospitalizados cuentan para el límite vitalicio de 190 días únicamente si cumplen ciertas condiciones. El límite de 190 días no aplica para los servicios de salud mental a pacientes hospitalizados dados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	Nuestro plan cubre 90 días de estancia en el hospital como paciente hospitalizado por período de beneficios. Se cobrarán los copagos aplicables por período de beneficios. Los copagos se cobran desde el día del ingreso hasta el día del alta (si corresponde). $0 de copago al día para los días 1 a 90 $0 de copago por día de reserva en toda la vida. A menos que sea una emergencia, su médico debe comunicar al plan que a usted lo van a hospitalizar.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Estancia como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada durante una estancia no cubierta como paciente hospitalizado Si ya agotó sus beneficios de paciente hospitalizado o si la estancia como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, no cubriremos dicha estancia. Sin embargo, en algunos casos cubriremos ciertos servicios que recibe mientras se encuentra en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, sin limitación: • Servicios de médicos • Exámenes de diagnóstico (como exámenes de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia con radioisótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico. • Vendajes quirúrgicos • Entablillado, yesos y otros aparatos que se utilizan para reducir las fracturas y dislocaciones • Prótesis y aparatos ortopédicos (aparte de los dentales) que remplazan todo o una parte de un órgano corporal interno (incluido el tejido contiguo) o toda o una parte de la función de un órgano corporal interno que ya no funciona o que funciona mal, incluido el reemplazo o las reparaciones de dichos aparatos • Cabestrillos, collarines, corsés lumbares y aparatos para las piernas; bragueros, y piernas, brazos y ojos artificiales y los ajustes, reparaciones y reemplazos relacionados necesarios por motivo de rompimiento, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente • Terapia física, terapia del habla, y terapia ocupacional *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	Cuando su estancia deje de estar cubierta, se cubrirán los siguientes servicios: **Servicios prestados por un médico** Consulte la sección “Servicios de médicos/proveedor de atención médica, incluyendo las visitas en el consultorio médico” en esta tabla. **Servicios de diagnóstico y radiológicos, vendajes quirúrgicos y férulas** Consulte la sección “Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios” en esta tabla. **Suministros protésicos, de ortótica y médicos/ terapéuticos para pacientes ambulatorios** Consulte la sección “Dispositivos protésicos y suministros relacionados” en esta tabla. **Servicios físicos, del habla y de terapia ocupacional** Consulte la sección “Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios” en esta tabla.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios tegumentarios (Beneficio de Medicaid) Medicaid cubre los siguientes servicios tegumentarios para dar procedimientos diagnósticos y terapéuticos de trastornos de la piel y estructuras asociadas: • Gestión activa del cuidado de heridas • Procedimientos dermatológicos • Servicios quirúrgicos tegumentarios, incluyendo: o Reparación de mamas o Cirugía de ginecomastia para beneficiarios masculinos pospúberes, menores de 21 años, que se sometieron a un tratamiento conservador durante al menos tres a seis meses antes de la solicitud de la cirugía o Mamoplastia de reducción. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**
Beneficios de comidas (después de la estancia en un hospital de agudos) Después del alta de un paciente hospitalizado, recibirá un período máximo de 14 comidas durante 1 semana. Este beneficio no tiene un máximo anual. Para pedir comidas, llame a los Servicios para miembros. Busque la información de contacto en el Capítulo 2, Sección 1.	$0 de copago por beneficios de comida.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios de atención de crianza temporal (Medical Foster Care, MFC) (beneficio de Medicaid) Medicaid cubre los siguientes servicios para los beneficiarios menores de 21 años que necesiten servicios MFC médicamente necesarios y que cumplan los siguientes criterios: • Pueden mantener su salud, seguridad y bienestar en una vivienda de crianza temporal • Un médico determina que son médicamente estables • Bajo la custodia del Departamento de Niños y Familias (Department of Children & Families, DCF), en un acuerdo de colocación voluntaria o en cuidado de crianza temporal extendido, según el artículo 409.175 de los Estatutos de Florida (F.S.) *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedades renales (del riñón) (pero no diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo remite su médico. Cubrimos 3 horas de orientación individual durante su primer año de recibir servicios de terapia médica de nutrición según Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o Medicare Original), y 2 horas cada año después de eso. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con una remisión de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la remisión todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Programa de Prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del MDPP se cubrirán para beneficiarios elegibles de Medicare bajo los planes de salud de Medicare. MDPP es una intervención de cambio de conducta de salud estructurada que da capacitación práctica en un cambio de dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos de mantener la pérdida de peso y el estilo de vida saludable.	No hay coseguro, copago, ni deducible para el beneficio de MDPP.
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos según la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que, generalmente, no se autoadministra el paciente y se inyectan o se dan por infusión mientras se reciben servicios de médico, de paciente ambulatorio del hospital, o de centro quirúrgico para pacientes ambulatorios. • Medicamentos que se administran utilizando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan. • Factores de coagulación que se inyectan si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante del órgano • Medicamentos inyectables para osteoporosis, si usted está confinado a su casa, tiene una fractura de hueso que un médico certifica que estaba relacionada con una osteoporosis posterior a la menopausia y no se puede administrar usted mismo el medicamento • Antígenos	$0 de copago por medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare. $0 de copago por otros medicamentos de la Parte B de Medicare. El copago por el especialista correspondiente se cobra cuando el servicio se presta en el consultorio del especialista.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación) • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra la náusea • Ciertos medicamentos para diálisis en casa, incluyendo la heparina, el antídoto para heparina cuando sea médicamente necesario, los anestésicos tópicos y agentes estimulantes de eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria También cubrimos algunas vacunas según nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta de la Parte D, incluyendo las normas que debe seguir para que los medicamentos con receta estén cubiertos. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	
Salud mental: administración de casos específicos (Beneficio de Medicaid) Medicaid cubre los siguientes servicios para todos los grupos específicos de salud mental: • Hacer la evaluación requerida. • Desarrollo del plan de servicios del beneficiario. • Trabajo con el beneficiario y su familia para tratar los problemas de la implementación del plan de servicio. Los servicios en los que participa la familia deben estar claramente dirigidos a cubrir las necesidades identificadas del beneficiario.	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Salud mental: administración de casos específicos (Beneficio de Medicaid) (continuación) • Evaluación de la eficacia del plan de servicio para cubrir las necesidades identificadas del beneficiario. • Vincular y facilitar al beneficiario los servicios y recursos adecuados identificados en el plan de servicio mediante remisiones para alcanzar las metas deseadas. • Abogar por la adquisición de servicios y recursos necesarios para implementar el plan de servicios representando o defendiendo a los beneficiarios mediante la intervención directa. • Coordinar la prestación de servicios según se especifica en el plan de servicios con la ayuda del beneficiario, la familia del beneficiario y el sistema de apoyo natural del beneficiario. • Seguimiento de la prestación de servicios para evaluar el progreso del beneficiario. • Documentar las actividades de gestión de casos dirigidas a la salud mental. • Intervención en crisis/apoyo ayudando a los beneficiarios en crisis a tener acceso a los recursos necesarios para hacer frente a la situación. • Los servicios de administración de casos se pueden facturar junto con cualquier servicio reembolsable de Medicaid para dar y comunicar información crítica que ayudaría al beneficiario (sin exceder dos unidades por evento). • Organizar y coordinar los servicios de atención posterior al alta de un centro residencial o para pacientes hospitalizados cuando la planificación del alta no está cubierta por los viáticos del centro.	

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Salud mental: administración de casos específicos (Beneficio de Medicaid) (continuación) • Participar en el desarrollo del plan de tratamiento individualizado del beneficiario o en la revisión del plan de servicios individualizados según el programa de servicios de salud conductual de la comunidad de Medicaid (el tiempo facturado debe justificarse claramente como el tiempo dedicado al beneficiario). • Prestar servicios de administración de casos específicos de salud mental en preparación para el alta de un niño (últimos 90 días) de los Servicios de superposición de salud conductual (BHOS). Hacer una dotación de personal del beneficiario de Medicaid de atención clínica, en la que el administrador de casos se reúne con el equipo de tratamiento del beneficiario o individualmente con una de las siguientes personas: psiquiatra, ARNP psiquiátrico, médico, terapeuta, maestro, abogado, tutor ad litem o cualquier otro profesional que esté atendiendo directamente al beneficiario. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	
Servicios de neurología (Beneficio de Medicaid) Medicaid cubre los siguientes servicios de neurología para dar el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y trastornos del sistema nervioso: • Prueba de función autónoma • Electrooculograma • Electrodiagnóstico, incluyendo estudios de conducción nerviosa y electromiografía • Electroencefalograma para estudios del sueño y actividad convulsiva • Pruebas de potenciales evocados y de reflejos • Colocación, extracción o revisión de la bomba de terapia con baclofeno intratecal	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*

Servicios de neurología (Beneficio de Medicaid) (continuación)
• Prueba muscular y de rango de movimiento
• Pruebas musculares y guía para la quimiodenervación
• Polisomnografía y estudios del sueño indicados para lo siguiente:
  o Diagnóstico de trastornos respiratorios del sueño
  o Titulación de presión positiva continua en las vías respiratorias en los trastornos respiratorios del sueño del beneficiario
  o Documentación de la presencia de apnea obstructiva del sueño antes de las intervenciones quirúrgicas
  o Evaluación de los resultados del tratamiento en algunos casos, con una prueba de latencia múltiple del sueño en la evaluación de la sospecha de narcolepsia
  o Evaluación de comportamientos relacionados con el sueño que son perjudiciales y en ciertas parasomnias atípicas o inusuales
• Hasta dos estudios de velocidad de conducción nerviosa para polineuropatía en diabetes por año por beneficiario
• Colocación, extracción o revisión de un estimulador del nervio vago para la epilepsia intratable
 	
Se pueden aplicar normas de autorización previa.	

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*

Servicios en centros de enfermería (Beneficio de Medicaid)
El plan presta servicios en centros de enfermería para afiliados mayores de dieciocho (18) años en las siguientes circunstancias:
• Hasta ciento veinte (120) días a partir de la fecha de las admisiones más recientes al centro de enfermería, independientemente del pagador, cuando:
  o El afiliado necesita servicios de largo plazo del centro de enfermería;
  o El afiliado completó todos los requisitos de evaluación previa a la admisión y revisión del residente (Preadmission Screening and Resident Review, PASRR);
  o El Departamento de Niños y Familias (DCF) determinó que el afiliado es elegible para Medicaid del Programa de Atención Institucional (ICP); y
  o El afiliado aún no está inscrito en el programa de atención de largo plazo.
• El plan cubrirá, según la Regla 59G-1.052, FAC para los servicios de un centro de enfermería dados durante los días de coseguro de Medicare (día veintiuno [21] hasta el día cien [100]) para copagos y coseguro de Medicare si se cumplen los requisitos de PASRR y el afiliado: tiene beneficios de Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) y también es elegible para los beneficios completos de Medicaid de Florida; está recibiendo Ingresos suplementarios del Seguro Social (SSI); o tiene beneficios de Medicare que no sean QMB y también es elegible para el Programa de atención institucional.
	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios en centros de enfermería (Beneficio de Medicaid) (continuación) Medicaid cubre 365 días de servicios de centro de enfermería con todo incluido por año y por beneficiario cuando ocurre lo siguiente: • Los servicios los receta un médico con licencia en el estado de Florida • El beneficiario ocupa una cama certificada por Medicaid Los servicios de un centro de enfermería incluyen lo siguiente, según corresponda: • Servicios prestados por un médico en el lugar • Planificación de la atención centrada en la persona • Servicios de actividades • Servicios dietéticos, incluyendo dietas terapéuticas y suplementos dietéticos especiales usados para la alimentación oral o por sonda • Artículos para el cuidado de la piel y vestimenta • Todos los servicios de enfermería general, incluyendo la enfermería restaurativa • Servicios de lavandería • insumos y equipo médico • Medicamentos sin receta (de venta libre), biológicos y medicamentos de emergencia • Cuidado de la higiene personal • Artículos de higiene personal, incluyendo suministros para la incontinencia • Servicios de rehabilitación, incluyendo fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional • Habitación y alimentación • servicios sociales *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Examen médico y tratamiento de obesidad para promover una pérdida sostenida de peso Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Esta asesoría está cubierta si la recibe en un entorno de atención primaria, en donde puede coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener mayor información.	No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de la obesidad y la terapia preventiva.
Servicios del programa de tratamiento por opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opiáceos (OUD) pueden recibir cobertura para tratar el OUD mediante un programa de tratamiento de opiáceos (OTP) que incluya los siguientes servicios: • Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) • Suministro y administración de medicamentos para MAT (si corresponde); • Consejería por el uso de sustancias • Terapia individual y de grupo • Pruebas de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada servicio de tratamiento con opioides cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios de cirugía oral y maxilofacial (Beneficio de Medicaid) Medicaid cubre los siguientes servicios de cirugía oral y maxilofacial para hacer extracciones, tratamiento quirúrgico y adyuvante de enfermedades, defectos y lesiones de los tejidos duros y blandos de las regiones oral y maxilofacial: • Biopsias • Injertos de hueso, tejido y cartílago • Consultas • Desbridamiento • Implantes endooseos cuando se usan junto con cirugías reparadoras • Evaluación y manejo • Escisiones • Impresiones y preparación personalizada de prótesis • Sedación moderada • Tratamiento abierto y cerrado de fracturas • Reparación y destrucción de lesiones • Reparaciones • Procedimientos de radiología • Procedimientos quirúrgicos esenciales para la preparación de la boca para dentaduras postizas • Reparación de tejidos *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios ortopédicos (beneficio de Medicaid) Medicaid cubre los siguientes procedimientos para la corrección o prevención de deformidades, trastornos y lesiones del esqueleto y estructuras asociadas: • Artrodesis • Osteotomía • Aumento percutáneo y anuloplastía • Instrumentación de la columna vertebral • Operación del sistema musculoesquelético • Operación de la espalda y lateral • Operación de la columna vertebral • Tratamiento de fracturas o dislocaciones • Vertebroplastía *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello: • Rayos X • Radioterapia (radio e isótopos) que incluye suministros y materiales técnicos • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Entablillado, yesos y otros aparatos que se utilizan para reducir las fracturas y dislocaciones • Exámenes de laboratorio • Sangre: incluyendo almacenamiento y administración. Cobertura de sangre complete y células rojas comienza solamente con la cuarta pinta de sangre que usted necesite – usted debe ya sea pagar los costos de las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o tiene la sangre donada por usted o alguien más. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos con la primera pinta que se utiliza. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias Para los servicios cubiertos por Medicaid, los proveedores solo pueden prestar servicios para los que tengan la certificación correspondiente de Enmiendas de mejora de laboratorio clínico (CLIA) según 42 CFR, Parte 493.	Costos compartidos de los servicios cubiertos por Medicare: **Radiografías para pacientes ambulatorios en un centro/consultorio independiente** • $0 de copago **Radiografías para pacientes ambulatorios en un hospital para pacientes ambulatorios** • $0 de copago **Servicios de radiología terapéutica en el consultorio del especialista** • 0% de coseguro **Servicios de radiología terapéutica en todos los demás lugares** • 20% de coseguro **Suministros médicos** • $0 de copago **Servicios de laboratorio en un centro/consultorio independiente** • $25 de copago para pruebas genéticas • $0 de copago para todos los demás laboratorios

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación)	
Servicios adicionales de laboratorio, radiología y nucleares cubiertos por Medicaid que se consideren médicamente necesarios: • Estudios de huesos y articulaciones • Química • Citogenética clínica • Inmunología diagnóstica • Radiología diagnóstica (imagenología) • Detección de portadores genéticos • Hematología • Histocompatibilidad • Inmunohematología • Mamografía (mama) • Microbiología • Medicina nuclear • Patología • Radiografía portátil • Oncología de radiación • Radiofármacos *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	**Servicios de laboratorio en un hospital para pacientes ambulatorios** • $25 de copago para pruebas genéticas • $0 de copago para todos los demás laboratorios **Servicios de sangre** • $0 de copago **Pruebas y procedimientos de diagnóstico en un centro/consultorio independiente** • 0% de coseguro para colonoscopía, endoscopía y otros procedimientos “endoscópicos” de diagnóstico, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea • 20% de coseguro para estudios del sueño, pruebas psicológicas **Procedimientos y pruebas de diagnóstico en un hospital para pacientes ambulatorios**

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación)	• 0% de coseguro para colonoscopía, endoscopía y otros procedimientos "endoscópicos" de diagnóstico, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea • 20% de coseguro para estudios del sueño, pruebas psicológicas **Servicios de radiología diagnóstica en un centro/ consultorio independiente** • $0 de copago para ecografías y ecocardiografías • $0 de copago para pruebas de esfuerzo, conducción nerviosa, CT, MRI • $0 de copago para CTA, MRI, PET, SPECT y otras pruebas de medicina nuclear **Servicios de radiología diagnóstica en un hospital para pacientes ambulatorios** • $0 de copago para ecografías y ecocardiografías • $0 de copago para pruebas de esfuerzo, conducción nerviosa, CT, MRI • $0 de copago para CTA, MRI, PET, SPECT y otras pruebas de medicina nuclear $0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Observación de pacientes ambulatorios en el hospital	
Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si usted necesita ser admitido como paciente interno o si puede ser dado de alta. Para que cubramos los servicios de observación hospitalaria para pacientes externos, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se proporcionan por orden de un médico u otra persona autorizada por leyes estatales o estatutos del personal del hospital para admitir pacientes al hospital o para ordenar exámenes para pacientes externos. **Nota:** a menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirle como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aún si usted permanece en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente interno o ambulatorio del hospital? Si Tiene Medicare - ¡Pregúntelo!” Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin costo a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	$0 de copago por servicios de observación cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios en el hospital para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello: • Servicios en un departamento de emergencia o clínica para pacientes ambulatorio, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Exámenes de laboratorio y laboratorio facturados por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado sería necesario sin ello • Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos tales como entablillados y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no se puede dar a sí mismo **Nota:** a menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirle como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aún si usted permanece en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.	**Servicios de emergencias** Consulte la sección “Atención de urgencia” en esta tabla. **Cirugía ambulatoria** Consulte las secciones “Operación de pacientes ambulatorios, incluyendo los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria” y “Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios” en esta tabla. **Pruebas de diagnóstico y de laboratorio, radiografías, servicios radiológicos y suministros médicos** Consulte la sección “Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios” en esta tabla. **Atención de salud mental y hospitalización parcial** Consulte las secciones “Atención de salud mental para pacientes ambulatorios” y “Servicios de hospitalización parcial” en esta tabla.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios en el hospital para pacientes ambulatorios (continuación) También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente interno o ambulatorio del hospital? Si Tiene Medicare - ¡Pregúntelo!" Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin costo a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana. **Servicios adicionales cubiertos por Medicaid que se consideran médicamente necesarios:** • Servicios de emergencia u observación • Exámenes de laboratorio • Suministros médicos • Medicamentos y productos biológicos usados por médicos o personal de un hospital en el tratamiento • Servicios de radiología • Servicios en una clínica para pacientes ambulatorios, incluyendo la cirugía el mismo día y los servicios de terapia *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	**Medicamentos y productos biológicos que no se puede dar a sí mismo** Consulte la sección "Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare" en esta tabla. $0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Los servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico certificado por el estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, una enfermera clínica especializada, una enfermera especializada, un ayudante de médico, u otro profesional de cuidado de salud mental calificado por Medicare, según lo permiten las leyes estatales pertinentes.	**Visita al psiquiatra** $0 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare. $0 de copago por cada visita de terapia de grupo cubierta por Medicare. **Visita a otro especialista** $0 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare. $0 de copago por cada visita de terapia de grupo cubierta por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje. Los servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio se proveen en diversos entornos de paciente ambulatorio, tales como departamentos ambulatorios de hospital, oficinas de terapeutas independientes, y Centros integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORFs). **Servicios de fisioterapia adicionales cubiertos por Medicaid que se consideren médicamente necesarios:** • Evaluaciones de sillas de ruedas: o Una evaluación inicial de la silla de ruedas cada cinco años por beneficiario o Una evaluación de seguimiento de la silla de ruedas que incluye ajustes y adaptaciones cuando se entrega la silla de ruedas	$0 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare. $0 de copago por cada visita de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (continuación) o Una evaluación de seguimiento de la silla de ruedas que incluye ajustes y adaptaciones seis meses después de la entrega de la silla de ruedas • Servicios para beneficiarios menores de 21 años: o Una evaluación inicial de la terapia por año por beneficiario o Una reevaluación de la terapia cada cinco meses por beneficiario o Hasta 14 unidades de tratamiento de terapia por semana (domingo a sábado) por beneficiario (máximo de 4 unidades por día) o Hasta dos aplicaciones de escayolas y correas por día por beneficiario *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	Los servicios que se presten en un centro hospitalario ambulatorio están sujetos al copago para servicios de servicios ambulatorios de hospital. $0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**
Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Nuestro plan cubre sesiones individuales y grupales para pacientes que recibieron el alta después de una estancia como paciente hospitalizado para recibir tratamiento por consumo de sustancias o que necesiten tratamiento, pero no con la disponibilidad y la intensidad de los servicios que se prestan en un hospital.	$0 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare en un centro/ consultorio independiente. $0 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare con un proveedor hospitalario. $0 de copago por cada visita de terapia de grupo cubierta por Medicare en un centro/ consultorio independiente. $0 de copago por cada visita de terapia de grupo cubierta por Medicare con un proveedor hospitalario.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Cirugía de paciente ambulatorio, incluyendo los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria **Nota:** Si le harán una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si el procedimiento se hará como paciente ambulatorio u hospitalizado. A menos que su proveedor ordene por escrito que se le admita en el hospital como paciente hospitalizado, será considerado como paciente ambulatorio y pagará las cantidades de los costos compartidos correspondientes a cirugía ambulatoria. Aún si usted permanece en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado un "paciente ambulatorio". *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	**Centro quirúrgico ambulatorio** $0 de copago por servicios quirúrgicos cubiertos por Medicare. **Hospitalaria para pacientes ambulatorios** $0 de copago por servicios quirúrgicos cubiertos por Medicare. **Oxígeno hiperbárico** $0 de copago por servicios de oxígeno hiperbárico cubiertos por Medicare.
Beneficios en productos de venta libre (OTC) Nuestro plan cubre medicamentos y artículos médicos elegibles por Medicare para uso personal del beneficiario. Llame a los Servicios para miembros o visite nuestro sitio web, www.ChooseUltimate.com, para obtener instrucciones específicas sobre el uso de este beneficio y consultar nuestra lista de medicamentos y artículos médicos OTC cubiertos. Busque la información de contacto en el Capítulo 2, Sección 1. De acuerdo con las directrices de Medicare, solo se pueden comprar artículos OTC para el miembro.	$0 de copago por artículos OTC cubiertos hasta la cantidad asignada mensual del beneficio. Nuestro beneficio permite hasta $125 cada mes. La cantidad del beneficio no se transfiere de un mes a otro.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*

Servicios de manejo del dolor (beneficio de Medicaid)
Medicaid cubre los siguientes servicios de manejo del dolor médicamente necesarios:
 	
• Hasta 12 inyecciones en las articulaciones facetarias, con o sin esteroides, hechas según la guía fluoroscópica para el tratamiento del dolor de cuello y lumbalgia agudo y crónico en un período de seis meses, por beneficiario, para lo siguiente:
  o Ensayo diagnóstico para determinar el origen del dolor
  o Inyección terapéutica cuando el tratamiento conservador (medicación oral, reposo y actividad limitada o fisioterapia) falle
• Hasta cuatro neurólisis por radiofrecuencia percutánea para aliviar el dolor a largo plazo en un período de cuatro meses por beneficiario cuando se cumple todo lo siguiente:
  o El dolor lumbar o de cuello sugiere que se origina de las articulaciones facetarias, según se documenta en la historia del beneficiario, las evaluaciones físicas y radiográficas
  o El dolor no respondió al tratamiento conservador (medicamentos antiinflamatorios no esteroideos orales, reposo y actividad limitada o fisioterapia) como se documenta en el expediente médico
  o Un bloqueo temporal de diagnóstico e inyecciones con anestesia local del nervio facetario (bloqueo de la rama medial) bajo guía fluoroscópica en las articulaciones facetarias que dio como resultado una reducción del dolor de al menos un cincuenta por ciento
	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios de manejo del dolor (beneficio de Medicaid) (continuación) o Transcurrió un mínimo de seis meses desde el tratamiento previo de neurólisis por radiofrecuencia percutánea • Neuroplastia *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	
Servicios de hospitalización parcial "Hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se da como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro comunitario de salud mental que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por día para servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.
Servicios de atención personal (beneficio de Medicaid) Medicaid cubre hasta 24 horas de servicios de atención personal por día, por beneficiario, para dar asistencia con ADL y con IADL apropiadas para la edad cuando el beneficiario cumple los siguientes criterios según sea médicamente necesario: • Tiene una condición médica o discapacidad que limita sustancialmente su capacidad para hacer ADL o IADL y no tiene un padre ni tutor legal que pueda dar la atención requerida • Está bajo el cuidado de un médico y tiene una orden médica para servicios de atención personal • Requiere una atención más extensa y continua que la que se puede dar mediante una visita médica domiciliaria • Requiere servicios que se puedan dar de manera segura en su domicilio o en la comunidad *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios de médico/profesional, incluyendo las visitas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios quirúrgicos o de atención médica que sean médicamente necesarios dados en el consultorio de un médico, un centro de cirugía ambulatoria certificado, el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otro lugar • Consulta, diagnóstico, y tratamiento por un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibro hechos por su PCP, si su médico los ordena para saber si necesita tratamiento médico • Ciertos servicios de telesalud, incluyendo consultas, diagnóstico y tratamiento por un médico o proveedor de atención médica para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal para los miembros que reciben diálisis en casa en un centro de diálisis renal en un hospital o centro de diálisis renal en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o en la casa del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de apoplejía, independientemente del lugar donde esté. • Servicios de telesalud para los miembros con trastorno por consumo de sustancias o trastorno mental concurrente, independientemente del lugar donde estén. • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si:	**Visita de atención primaria** $0 de copago por cada visita en el consultorio cubierta por Medicare. **Visita a un especialista** $0 de copago por cada visita en el consultorio cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios de médico/profesional, incluyendo las visitas en el consultorio del médico (continuación) o Usted tiene una visita en persona en el plazo de 6 meses antes de su primera visita de telesalud o Usted tiene una visita en persona cada 12 meses mientras esté recibiendo esos servicios de telesalud o Puede haber excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias • Servicios de telesalud para visitas de salud mental prestados por clínicas médicas rurales y centros médicos calificados a nivel federal • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico por 5 a 10 minutos, **si**: o No es paciente nuevo **y** o La consulta breve no se relaciona con una visita en la clínica en los últimos 7 días **y** o La consulta breve no lleva a una visita en la clínica en el plazo de 24 horas ni en la fecha más próxima disponible para cita	

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*

Servicios de médico/profesional, incluyendo las visitas en el consultorio del médico (continuación)
• Evaluación de video o imágenes que le envíe a su médico y la interpretación y el seguimiento de su médico en el plazo de 24 horas, **si**:
  o No es paciente nuevo **y**
  o La evaluación no se relaciona con una visita en la clínica en los últimos 7 días **y**
  o La evaluación no lleva a una visita en la clínica en el plazo de 24 horas o la fecha más próxima disponible para cita
• Consultas de su médico con otros médicos por teléfono, Internet o expediente médico electrónico.
• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía
• Cuidado dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reparar fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedad de cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos cuando los proporcionara un médico)
 	
Se pueden aplicar normas de autorización previa.	

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo) • Cuidado de rutina para los pies para los miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores **Servicios adicionales cubiertos por Medicaid que se consideran médicamente necesarios:** • Hasta 24 visitas de evaluación y administración por beneficiario por año calendario • Procedimientos quirúrgicos para trastornos de pies, tobillos y extremidades inferiores • Cuidado de pies y uñas • Procedimientos radiológicos específicos de pies, tobillos y extremidades inferiores *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare. $0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**
Servicios de medicamentos con receta (beneficio de Medicaid) Medicaid cubre los siguientes medicamentos para pacientes ambulatorios médicamente necesarios: • La mayoría de los medicamentos con receta que se usan en entornos ambulatorios y algunos medicamentos inyectables (algunos incluidos en la Lista de medicamentos preferidos, otros mediante el proceso de autorización previa). • Algunos medicamentos de venta libre con receta válida. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios de atención privada (beneficio de Medicaid) Medicaid cubre hasta 24 horas de servicios de PDN por día, por beneficiario, cuando el beneficiario cumple todos los siguientes criterios: • Está bajo el cuidado de un médico y tiene una orden médica para los servicios de PDN • Requiere una atención más extensa y continua que la que se puede dar mediante una visita médica domiciliaria • Requiere servicios que se puedan dar de manera segura en su domicilio o en la comunidad *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**
Examen médico para detectar el cáncer de próstata Para los hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: una vez cada 12 meses: • Examen rectal digital • Prueba de antígeno prostático específico (PSA)	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA. $0 de copago por un examen rectal digital anual cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Dispositivos prostáticos y suministros relacionados Los dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de una función o parte del cuerpo. Incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluso un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con las prótesis y la reparación o el reemplazo de estas prótesis. También incluye algo de cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas - consulte “Cuidado de Visión” más adelante en esta sección para mayores detalles. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por dispositivos protésicos cubiertos por Medicare. $0 de copago por suministros relacionados cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a grave y tienen una remisión del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica, para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada visita de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare en el consultorio del PCP o del especialista, en un centro independiente o en un proveedor hospitalario.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*

Servicios del Centro Regional de Cuidados Intensivos Perinatales (Regional Perinatal Intensive Care Center, RPICC) (Beneficio de Medicaid)
Medicaid cubre los siguientes servicios médicamente necesarios que hace un médico en un centro RPICC:
• Servicios obstétricos para beneficiarias con embarazos de alto riesgo.
• Hasta 365 días de servicios neonatales cuando la beneficiaria cumpla todos los siguientes requisitos:
  o Tiene más de 20 semanas de gestación.
  o Requiere más de 48 horas de servicios.
  o Requiere cuidados intensivos de nivel III como se especifica en la norma 64C-6.003, Código Administrativo de Florida (F.A.C.)
Se pueden aplicar normas de autorización previa.
	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**

Servicios de reproducción (Beneficio de Medicaid) Medicaid cubre los siguientes servicios de reproducción para dar procedimientos diagnósticos y terapéuticos del sistema reproductivo, incluyendo los servicios obstétricos y de planificación familiar. • Una visita prenatal que incluye una evaluación de riesgo prenatal de Healthy Start • Hasta diez visitas por beneficiaria para atención prenatal • Pruebas para detectar enfermedades de transmisión sexual según el artículo 384.31 de los Estatutos de Florida y la Regla 64D-3.042 del Código Administrativo de Florida • Evaluación de uso de tabaco, consejería y tratamiento para dejar de fumar • Suministros, medicamentos y tratamientos • Un parto cada 280 días por beneficiario	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*

Servicios de reproducción (Beneficio de Medicaid) (continuación)
• Reparación durante o después del embarazo
• Un servicio de recuperación por parto domiciliario
• Una evaluación de recién nacido por beneficiario
• Hasta dos visitas posparto dentro de los 90 días posteriores al parto por beneficiaria
• Hasta cuatro visitas prenatales adicionales, por beneficiaria que tenga un embarazo de alto riesgo
• Una consulta de neonatología por remisión de especialidad por beneficiario
• Escisión quirúrgica durante el embarazo
• Servicios invasivos fetales
• Terapia fetoscópica con láser para el tratamiento del síndrome de transfusión de gemelo a gemelo que hagan proveedores con una subespecialidad de medicina maternofetal
• Inducción del trabajo de parto
• Cesárea
• Visitas de planificación familiar
  o Una visita de paciente nuevo por beneficiario
  o Una visita de paciente establecida cada 365 días, por beneficiario
• Visitas de consejería
• Una visita de suministros por mes por beneficiario
• Visitas de consejería sobre el virus de la inmunodeficiencia humana
  o Hasta dos visitas preventivas de por vida por beneficiario
  o Hasta cuatro consultas por año por beneficiario con riesgos conductuales reconocidos
• Exámenes de laboratorio	

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios de reproducción (Beneficio de Medicaid) (continuación) • Tratamiento y seguimiento de enfermedades de transmisión sexual • Essure® (procedimiento quirúrgico sin incisión) • Ligadura de trompas • Vasectomía • Servicios de histerectomía: procedimientos quirúrgicos para la extirpación parcial o completa del útero, con o sin extirpación de las trompas de Falopio y los ovarios • Servicios de aborto terapéutico: interrupciones legales de embarazos que son el resultado de una violación o incesto, o cuando la salud de la mujer está en riesgo según 42 CFR 441, Subparte E *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	
Servicios del sistema respiratorio (Beneficio de Medicaid) Medicaid cubre los siguientes servicios de evaluación, diagnóstico, terapéuticos y quirúrgicos para trastornos del sistema respiratorio: • Servicios de cirugía respiratoria • Pruebas diagnósticas y terapias pulmonares • Gestión del respirador • Revisión e interpretación del médico del monitoreo de apnea en el domicilio para beneficiarios menores de dos años que cumplen al menos uno de los siguientes criterios:	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios del sistema respiratorio (Beneficio de Medicaid) (continuación) o Hermano biológico de una víctima del síndrome de muerte súbita infantil o Peso al nacer de 1,500 gramos (3.3 libras) o menos o Diagnosticado con apnea clínicamente significativa con interrupción de la respiración durante 20 segundos o más, o ausencia de respiración durante cualquier período de tiempo acompañada de una disminución de la frecuencia cardíaca (bradicardia) *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	
Servicios de terapia respiratoria (Beneficio de Medicaid) Medicaid cubre los siguientes servicios de terapia respiratoria: • Una evaluación inicial de la terapia por año por beneficiario • Una reevaluación de la terapia cada seis meses por beneficiario • Hasta 14 unidades de tratamiento de terapia por semana (domingo a sábado), por beneficiario (máximo de cuatro unidades por día) *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios de clínica médica rural (beneficio de Medicaid) Medicaid cubre la siguiente atención primaria ambulatoria y servicios de diagnóstico relacionados médicamente necesarios hasta 1 visita por día, por beneficiario: • Exámenes médicos para adultos • Salud conductual • Exámenes de control médico infantil • Quiropráctica • Planificación familiar • Vacunas • Atención médica primaria y obstétrica • Optometría • Podología • Servicios de enfermeras registradas *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**
Evaluación y orientación para reducir el abuso del alcohol Cubrimos un examen de uso inapropiado de alcohol para los adultos con Medicare (incluyendo las mujeres embarazadas) que usan el alcohol de manera inapropiada, pero no dependen del alcohol. Si su prueba de abuso de alcohol da positivo, puede recibir hasta 4 sesiones breves de asesoría en persona por año (si usted es competente y está alerta durante la asesoría) que da un médico de atención primaria o profesional en un entorno de atención primaria.	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de control cubierto por Medicare y el asesoramiento para reducir el beneficio preventivo abuso de alcohol.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Examen médico de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) En el caso de las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Los miembros elegibles son**: personas que tienen entre 50 y 77 años que no presentan señales ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen historia de consumo de tabaco por al menos 20 años y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, quienes reciben una orden por escrito de una LDCT durante una visita de orientación sobre la prueba médica de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas que cumpla los criterios de Medicare respecto de dichas visitas y la dé un médico o un profesional no médico calificado. *En el caso de las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT luego del examen preventivo con LDCT inicial*: el miembro debe recibir una orden por escrito de un examen preventivo de cáncer de pulmón con LDCT, que se puede dar durante una visita adecuada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado deciden dar una visita de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas para las siguientes pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.	No hay copago, coaseguro ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas o para la LDCT cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Pruebas médicas para infecciones de transmisión sexual (STI) y orientación para prevenir las STI Cubrimos exámenes diagnósticos de infecciones de transmisión sexual (STI) para la clamidia, la gonorrea, la sífilis, y la hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen mayor riesgo de STI cuando las pruebas son ordenadas por un proveedor de cuidado primario. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones de asesoría conductual de alta intensidad en persona, de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer STI. Solamente cubriremos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si las da un Proveedor de atención primaria y tienen lugar en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección cubierta por Medicare para las STI y consejería para el beneficio preventivo de STI.
Servicios para tratar la enfermedad renal Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de educación de enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros que tienen enfermedad renal crónica etapa IV cuando son remitidos por sus médicos, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación de enfermedades renales de forma vitalicia.	$0 de copago por los servicios educativos sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare. 20% de coseguro para los servicios de diálisis cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios para tratar la enfermedad renal (continuación) • Tratamientos de diálisis ambulatorios (incluyendo los tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o esté inaccesible temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si se le admite como un paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación para autodiálisis (incluye la capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipo y suministros para diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (tales como, cuando es necesario, visitas por parte de trabajadores de diálisis capacitados para revisar la diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para revisar el equipo de diálisis y suministro de agua) Algunos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, diríjase a la sección, “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)	
(Para obtener una definición de "atención en centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12 de este documento. Las clínicas de enfermería especializada se llaman a veces "SNFs".) Los servicios cubiertos incluyen, sin limitación: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Alimentación, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que se encuentran en forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación). • Sangre: incluyendo almacenamiento y administración. Cobertura de sangre complete y células rojas comienza solamente con la cuarta pinta de sangre que usted necesite – usted debe ya sea pagar los costos de las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o tiene la sangre donada por usted o alguien más. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos con la primera pinta que se utiliza. • Suministros médicos y quirúrgicos que normalmente proporcionan los SNF • Exámenes de laboratorio que generalmente dan los SNF • Rayos X y otros servicios de radiología que normalmente proporcionan los SNF • Uso de aparatos tales como sillas de ruedas que normalmente proporcionan los SNF • Servicios de un médico/profesional	El plan cubre 100 días por período de beneficios. Se cobrarán los copagos aplicables por período de beneficios. $0 de copago por día, para los días 1 a 100

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) Generalmente, recibirá su atención de SNF de clínicas de red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que pueda obtener la atención de un centro que no es un proveedor de la red, si el centro acepta los montos que paga nuestro plan. • Un hogar de ancianos o una comunidad de jubilación de atención continua donde vivía inmediatamente antes de ir al hospital (siempre que dé atención de centro de enfermería especializada). • Una SNF donde su cónyuge viva en el momento que salga usted del hospital. El período de beneficios empieza el día en que ingresa a un centro de enfermería especializada (o a un hospital, incluyendo hospitales psiquiátricos, hospitales de agudos a largo plazo y hospitales de rehabilitación). Termina cuando usted no ha recibido atención de enfermería especializada (ni hospitalaria) durante 60 días corridos. Si usted ingresa al Centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios ha finalizado, entonces comenzará un nuevo período de beneficios. Un período de beneficios puede incluir varias hospitalizaciones. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Eliminación del uso del tabaco (consejos para dejar de fumar y usar tabaco) Si utiliza tabaco, pero no tiene señales ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: Cubrimos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento en un periodo de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personales. Si consume tabaco y lo diagnosticaron con una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que el tabaco podría afectar: Cubrimos los servicios de asesoría para dejar de fumar. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, pagará el costo compartido aplicable. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personales. Además de lo que se describe arriba, también cubrimos, como beneficio complementario, intentos de dejar de fumar o consumir tabaco adicionales a lo que incluye el beneficio de servicios preventivos. Cubrimos una cantidad ilimitada de intentos sin ningún costo extra. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personales.	No hay coaseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar y de usar tabaco cubiertos por Medicare.
Servicios terapéuticos especializados (beneficio de Medicaid) Medicaid cubre los servicios terapéuticos especializados de crianza temporal para permitir que un beneficiario maneje y trabaje hacia la resolución de problemas emocionales, conductuales o psiquiátricos en un entorno de casa de gran apoyo, individualizado y flexible. Los servicios de cuidados de crianza temporal terapéuticos especializados de Medicaid son servicios de tratamiento intensivo que se dan a los beneficiarios menores de 21 años con trastornos emocionales que residen en una vivienda de crianza temporal autorizada por el estado. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*

Patología del habla y del lenguaje (beneficio de Medicaid)
Medicaid cubre los siguientes servicios médicamente necesarios:
 	
• Una evaluación inicial de CAA cada cinco años por beneficiario
• Para beneficiarios menores de 21 años:
  o Una evaluación inicial de patología del habla y del lenguaje por año por beneficiario
  o Una reevaluación del habla y el lenguaje cada cinco meses por beneficiario
  o Hasta 14 unidades de tratamiento de terapia por semana (domingo a sábado), por beneficiario (máximo de cuatro unidades por día)
  ▪ La terapia de grupo debe tener una duración mínima de 30 minutos y no puede incluir más de seis participantes (el grupo puede incluir personas que no reciben Medicaid)
  o Una evaluación de seguimiento de CAA tras la entrega del dispositivo por beneficiario
  o Hasta ocho sesiones de ajuste, modificación y capacitación de CAA de 30 minutos por año por beneficiario
  o Hasta dos reevaluaciones de AAC por año y por beneficiario con un dispositivo AAC
 	
Se pueden aplicar normas de autorización previa.
	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Programa de psiquiatría para pacientes hospitalizados en todo el estado (beneficio de Medicaid) Medicaid cubre los siguientes servicios médicamente necesarios: • Plan de atención individual • evaluación • Atención médica y dental de rutina • Programación educativa certificada • Servicio de análisis recreativo, vocacional y de comportamiento • Asignación terapéutica a domicilio *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**
Terapia de ejercicio supervisada (SET) SET está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento con PAD. Hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas están cubiertas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe: • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicio para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio del médico • Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños, y que están entrenados en terapia de ejercicios para PAD.	$0 de copago por cada visita de SET cubierta por Medicare en el consultorio del PCP o del especialista, en un centro independiente o en un proveedor hospitalario.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Terapia de ejercicio supervisada (SET) (continuación) • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero de práctica avanzada/especialista de enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. SET puede estar cubierto más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período de tiempo extendido si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	
Servicios de transporte Nuestro plan cubre un número ilimitado de viajes de ida a lugares aprobados por el plan.	$0 de copago por tramo de ida por servicios de traslado a centros médicos aprobados por el plan.
Llame al 855-306-0700 (TTY 711) con 72 horas de antelación para programar su viaje con la siguiente información disponible si corresponde: Cita o fecha y hora de la llegada prevista, dirección y teléfono de destino y, si visita a un proveedor, el nombre del médico o proveedor de atención médica.	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**
Servicios adicionales cubiertos por Medicaid que se consideran médicamente necesarios: Medicaid cubre los servicios de transporte que no son de emergencia para un beneficiario elegible de Medicaid y un asistente de cuidado personal o escolta, si es necesario, que no tienen otro medio de transporte disponible para ningún servicio compensable de Medicaid.	

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios necesarios de urgencia Los servicios necesarios de urgencia se prestan para tratar una enfermedad, lesión o condición imprevista que no es de emergencia que necesita atención médica inmediata, pero que dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable que obtenga los servicios de proveedores dentro de la red. Ejemplos de los servicios necesarios de urgencia que debe cubrir el plan fuera de la red son i) usted necesita atención inmediata durante el fin de semana, o ii) usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios deben necesitarse de inmediato y deben ser medicamente necesarios. Si esto no es razonable dadas sus circunstancias para obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor dentro de la red, entonces el plan cubrirá los servicios necesarios de urgencia por un proveedor fuera de la red. El costo compartido por servicios necesarios de urgencia proporcionados fuera de la red es el mismo para esos servicios proporcionados dentro de la red. Los servicios necesarios de urgencia solo se cubren dentro de los EE. UU.	$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare. Si lo hospitalizan en un plazo de 24 horas, no tendrá que pagar la parte del costo que le corresponda a usted por los servicios de urgencia.

Servicios de ayuda visual (Beneficio de Medicaid)
Medicaid cubre los siguientes beneficios según sea médicamente necesario:
• Anteojos
  o Dos pares por año para beneficiarios menores de 21 años.
• Para los beneficiarios mayores de 21 años, Medicaid cubre lo siguiente:
  o Un marco cada dos años
  o Dos lentes cada 365 días
	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid**

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Servicios de ayuda visual (Beneficio de Medicaid) (continuación) o Materiales de lentes de policarbonato o termoplásticos para la seguridad del beneficiario o por una condición médica documentada (cuando sea necesario) o Monturas de metal cuando las monturas de plástico son médicamente inapropiadas • Servicios de ajuste, dispensación y modificación de anteojos para anteojos nuevos que dé Medicaid y • reparaciones después de salir de fábrica • Servicios de reparación de anteojos, cuando se hacen en un consultorio o los hace un distribuidor autorizado con licencia o Solo se pueden reemplazar los elementos de las monturas o lentes que estén dañados sin posibilidad de reparación • Lentes de contacto, cuando el beneficiario tiene una condición médica documentada en la que los anteojos no darían ningún beneficio para su discapacidad visual o Lentes de contacto rígidas o blandas o Uso prolongado (si el beneficiario no puede usar lentes blandas normales) o Ajuste o La lente de contacto y los kits de cuidado necesarios o Instrucciones sobre la inserción, extracción y cuidado adecuado de las lentes o Un período de visita de seguimiento de 90 días que incluye agudeza, evaluación de la fisiología corneal, examen de biomicroscopia y otros procedimientos requeridos (según sea necesario)	

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*

Servicios de ayuda visual (Beneficio de Medicaid) (continuación)
• Ojos protésicos
  o Evaluación, medición, ajuste y dispensación de los ojos protésicos. La evaluación debe completarse no más de tres meses antes de la prestación del ojo protésico.
  o Reemplazo de ojos protésicos cuando los ojos están dañados o ya no tienen el tamaño adecuado.
  o Los ojos protésicos también se pueden reembolsar mediante el beneficio de servicios de equipos médicos duraderos y suministros médicos de Medicaid de Florida.
 	
Se pueden aplicar normas de autorización previa.	

Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen: • Los servicios de un médico para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluido el tratamiento para la degeneración de la mácula, relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para anteojos/lentes de contacto • Para las personas que están en alto riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por cada año. Las personas que tienen un alto riesgo de glaucoma incluyen: las personas con un historial familiar de glaucoma, personas con diabetes y afroamericanos mayores de 50 años e hispanos mayores de 65 años	$0 de copago por cada examen de la vista para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo. $0 de copago por una evaluación anual de glaucoma. $0 de copago por un par de anteojos y lentes o lentes de contacto después de una operación de cataratas.

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Atención de la vista (continuación)	
• Para personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. (Si se le hacen dos operaciones distintas de cataratas, no puede reservar el beneficio después de la primera operación para comprar dos anteojos después de la segunda operación).	$0 de copago por exámenes con un optometrista u oftalmólogo.
Nuestro plan también cubre beneficios complementarios*: • 1 examen de la vista de rutina al año • Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo Las beneficios después de la operación de cataratas incluyen: • 1 montura de una selección de juegos de monturas O • Lentes monofocales, bifocales o trifocales estándar • En lugar de los anteojos y lentes, puede seleccionar lentes de contacto hasta el límite del beneficio anual La cantidad del beneficio del valor de venta al público anual puede aplicarse solo a los lentes, solo a la montura o a ambas. El cambio a lentes progresivos estándar no afecta al límite anual de los anteojos y lentes. El beneficio de lentes fotocromáticos es adicional al beneficio para anteojos y lentes y no afecta el límite anual de este beneficio. Consulte a uno de nuestros proveedores de servicios de la vista dentro de la red para obtener más información de las opciones de anteojos sin costo. No hay límite para los lentes que el proveedor considere médicamente necesarios para después de la operación de cataratas.	Nuestro plan da un límite de beneficio anual de hasta $500 de valor en farmacia para anteojos para una de las siguientes opciones: Opción 1 ($0 de copago): • Lentes de contacto y adaptación de lentes de contacto O • 1 par de lentes monofocales, bifocales o trifocales estándar Opción 2 ($0 de copago): • Su elección de 3 pares estándar de anteojos selectos, monturas y lentes Nuestro plan ofrece las siguientes mejoras por año: $0 de copago por: • Lentes progresivos estándar o lentes fotocromáticos • Protección ultravioleta o revestimiento resistente a los rayones

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Atención de la vista (continuación) **Servicios adicionales cubiertos por Medicaid que se consideran médicamente necesarios:** Medicaid cubre los servicios de atención visual para dar exámenes, diagnóstico, tratamiento y manejo de la vista relacionados con la patología ocular y anexial, incluyendo: • Blefaroplastia cuando la caída o la flacidez de los párpados interfiere con la visión del beneficiario • Hasta cuatro topografías corneales computarizadas por año • Hasta cuatro implantes intravítreos por año • Tapones de puntos lagrimales • Una visita de consulta inicial por año • Servicios de patología y laboratorio (el laboratorio debe tener una licencia de Enmiendas de mejora de laboratorio clínico) • Servicios oftalmológicos especiales cuando se hacen además de una visita oftalmológica general o de evaluación y gestión • Hasta 12 tapones de puntos lagrimales temporales por año cuando un tratamiento conservador más permanente provocaría molestias • Hasta dos visitas de evaluación y gestión por mes • Hasta dos refracciones cada 365 días • Servicios de examen visual que se hacen cuando se informa sobre un problema, enfermedad, dolencia o lesión de la vista *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	

Servicios cubiertos	**Lo que usted deberá pagar** cuando reciba estos servicios ***Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.*
Visita preventiva de "Bienvenido a Medicare" El plan cubre la visita preventiva única de "Bienvenido a Medicare". La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoría sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones para otra atención si se necesita. **Importante:** Cubrimos la visita preventiva de "Bienvenido a Medicare" solamente en los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, avise en el consultorio de su médico que quiere hacer una cita para su visita preventiva de "Bienvenido a Medicare".	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de "Bienvenido a Medicare"

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Advantage Plus por Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP)?

Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP)

Los siguientes servicios no están cubiertos por Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) pero están disponibles por medio de Medicaid. Si tiene preguntas sobre estos servicios y otros servicios cubiertos por medio de Medicaid, comuníquese con AHCA llamando al 1-888-419-3456 (usuarios de TTY llamen al 1-800-955-8771), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

- Cuidados paliativos
- Programas de exenciones de Medicaid
- Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (Program of All-Inclusive Care for Elderly, PACE)
- Atención institucional

SECCIÓN 4 ¿Cuáles servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 4.1 Servicios que *no* cubre el plan (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están “excluidos”.

El cuadro de abajo describe algunos servicios y artículos que el plan no cubre bajo ninguna condición o que el plan cubre solo bajo condiciones específicas.

Si obtiene servicios que están excluidos (no están cubiertos), usted deberá pagarlos excepto en las condiciones específicas de la lista de abajo. Aunque reciba los servicios excluidos en un centro de emergencias, estos no se cubrirán y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apeló el servicio y se decidió: después de la apelación que era un servicio médico que debimos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado para no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3, en este documento).

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en condiciones específicas
Acupuntura		Disponible para personas con dolor crónico de espalda baja en ciertas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos		• Cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar la función de un miembro malformado del cuerpo. • Están cubiertas todas las etapas de reconstrucción para un seno después de la mastectomía, así como también para el seno no afectado para producir una apariencia simétrica.

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en condiciones específicas
Cuidado de compañía. El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado; es decir, el cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida cotidiana como bañarse o vestirse.	✓	
Procedimientos experimentales médicos y quirúrgicos, equipo y medicamentos. Los elementos y procedimientos experimentales son aquellos elementos y procedimientos que nuestro plan y Medicare Original han determinado que, por lo general, no cuentan con la aceptación de la comunidad médica.		Medicare Original los puede cubrir bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios clínicos de investigación).
Cargos por atención que hacen sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	✓	
Atención de enfermero de tiempo completo en su casa.	✓	
Entrega de comidas en su hogar		Cubrimos una cantidad limitada de comidas después de que el paciente hospitalizado reciba el alta. Consulte la tabla de beneficios médicos de este capítulo para obtener información sobre las comidas que cubrimos.

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en condiciones específicas
Servicios domésticos incluyendo asistencia básica en el grupo familiar, como tareas domésticas ligeras o preparación de comida ligera.		Cubrimos los servicios de ayuda en casa. Consulte la tabla de beneficios médicos de este capítulo para obtener información sobre los servicios de que cubrimos.
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternos).	✓	
Zapatos ortopédicos o aparatos de apoyo para los pies		Los zapatos que son parte de una prótesis de pierna y que se incluyen en el costo de la prótesis. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Artículos personales en la habitación en un hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	✓	
Habitación privada en un hospital.		Cubierto solo cuando es médicamente necesario.
Queratotomía radial, operación LASIK y otras ayudas para la baja visión.	✓	
Reversión de procedimientos quirúrgicos de esterilización o suministros anticonceptivos sin receta.	✓	
Atención quiropráctica de rutina		La manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones está cubierta.
Atención de rutina de los pies		Cierta cobertura limitada que se da de acuerdo con los lineamientos de Medicare, (p. ej., si usted tiene diabetes).

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en condiciones específicas
Los servicios considerados no son razonables ni necesarios, según los estándares de Medicare Original	✓	

CAPÍTULO 5:

Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si está recibiendo "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos con receta de la Parte D?

La mayoría de nuestros miembros califican y reciben "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Si está en el programa de "Ayuda adicional", **es posible que parte de la información de esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique en su caso.**

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo **explica las normas para usar su cobertura de medicamentos de la Parte D**. Vea en el Capítulo 4 los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta los cubren los beneficios de Medicaid. La Lista de medicamentos le explica cómo averiguar sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid.

Sección 1.1 Normas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Un proveedor (médico, dentista u otro proveedor que receta) debe darle una receta por escrito que debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- El proveedor que receta no debe estar en las listas de exclusiones de Medicare.
- Generalmente debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta médica. (Consulte la Sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de medicamentos por correo del plan).*
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (la llamamos la "Lista de medicamentos) del plan. (Vea la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la "Lista de Medicamentos" del plan*).
- El medicamento debe tener una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) o que está respaldada por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.)

SECCIÓN 2 Presente sus recetas en una farmacia de la red o mediante el servicio de medicamentos por correo del plan

Sección 2.1 Use una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *únicamente* si se surten en farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriremos los medicamentos con receta surtidos en las farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para dar sus medicamentos con receta médica cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que están en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.ChooseUltimate.com/Home/FindDoctor), o llamar a Servicios para miembros.

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

¿Qué sucede si la farmacia que ha estado utilizando se retira de la red?

Si la farmacia que ha estado utilizando se retira de la red del plan, tendrá que buscar una farmacia nueva que esté en la red. Para buscar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicios para miembros o puede usar el *Directorio de proveedores y de farmacias*. También puede buscar información en nuestro sitio web en www.ChooseUltimate.com/Home/FindDoctor.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.

- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención de largo plazo (conocido también como LTC). Generalmente, un centro LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Las farmacias que sirven el Programa de Salud para los Indígenas/de Salud para Indígenas Tribales/Urbanos (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Las farmacias que surten medicamentos que están restringidos por la FDA para ciertas ubicaciones o que necesitan de un manejo especial, coordinación del proveedor o educación sobre su uso. (**Nota:** este escenario sucede con poca frecuencia).

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

Sección 2.3 Cómo usar el servicio de envío por correo del plan

Usted puede usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan para ciertos tipos de medicamentos. Generalmente, los medicamentos suministrados mediante pedidos por correo son medicamentos que usted toma de manera regular por una condición médica crónica o de largo plazo. Estos medicamentos están marcados **como medicamentos de "pedido por correo"** en nuestra Lista de medicamentos

Cuando utiliza nuestro servicio de envío por correo del plan, debe solicitar **un suministro para 90 días**.

Para obtener información sobre cómo surtir las recetas por correo, comuníquese con Servicios para miembros (los teléfonos están impresos en la cubierta de atrás de este folleto). También puede buscar información en nuestro sitio web en www.ChooseUltimate.com/Member/DocumentsandForms.

Generalmente, un pedido de farmacia por correo se le entregará en un plazo máximo de 14 días. Sin embargo, si el pedido se demora, llámenos al 1-800-311-7517 (usuarios de TTY, al 711) inmediatamente para que podamos coordinar para que recoja el medicamento en su farmacia local. Puede llamarnos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se comunicarán con usted para saber si quiere el medicamento de manera inmediata o más adelante. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para para que sepan si enviar, demorar o detener la nueva receta.

Resurtidos en recetas enviadas por correo. Para resurtir sus medicamentos, puede registrarse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzaremos a procesar su próximo surtido de forma automática cuando nuestros registros demuestren que su suministro de medicamento está por acabarse. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamento y podrá cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o si el medicamento cambió.

Si usted elige no usar nuestro programa de resurtido automático, pero aún quiere que la farmacia por correo le envíe su receta, comuníquese con la farmacia 14 días antes de que se termine su receta actual. Esto permitirá asegurarse de que se envíe su pedido a tiempo.

Para dejar de participar en nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos por correo, comuníquese con nosotros llamando al 1-800-311-7517 (TTY 711). Puede llamarnos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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

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

El plan cuenta con dos formas de obtener un suministro a largo plazo de medicamentos (también llamado “suministro extendido”) de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una enfermedad crónica o prolongada.)

1. Algunas farmacias de nuestra red le permiten obtener un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de proveedores y farmacias* le menciona qué farmacias de nuestra red le pueden dar un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.
2. Usted también puede recibir medicamentos de mantenimiento mediante nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no esté en la red del plan?

Su receta puede estar cubierta en ciertas situaciones

Generalmente, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *únicamente* cuando no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarlo, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicios para Miembros** para saber si existe una farmacia de la red cerca. Usted podría llegar a pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriremos en la farmacia dentro de la red.

Estas son las circunstancias en las que podríamos cubrir las recetas que se surten en una farmacia fuera de la red:

- Si viaja dentro de los EE. UU., pero fuera del área de servicio del plan, y se enferma, o pierde o se le acaban sus medicamentos con receta, cubriremos los medicamentos que se surtan en una farmacia que no pertenece a la red si sigue todas las demás reglas de cobertura que se describen en este documento y no hay disponible una farmacia de la red.
- Si no consigue un medicamento cubierto que necesite inmediatamente porque no hay farmacias dentro de la red abiertas a una distancia razonable en auto.
- Si su receta es para un medicamento de especialidad o único que las farmacias de la red no suelan tener en stock.
- Si lo evacúan de su casa por un desastre u otra emergencia sanitaria declarada a nivel estatal o federal, y no tiene acceso a una farmacia de la red.

¿Cómo solicita un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia que no pertenece a la red, generalmente tendrá que pagar el costo total en el momento de surtir su receta. Puede pedirnos que se lo reembolsemos. (En el Capítulo 7, Sección 2.1, se explica cómo pedirle al plan el reembolso).

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

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

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

Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple los requisitos de Medicare y la aprobó Medicare.

La lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta los cubren los beneficios de Medicaid. La Lista de medicamentos le explica cómo averiguar sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid.

Por lo general, cubriremos un medicamento en la Lista de medicamentos del plan siempre y cuando siga las otras normas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está *ya sea*:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o condición para la que se recetó.
- -- *o* -- respaldado por ciertas referencias, como la Información de medicamentos del Servicio de listas de medicamentos cubiertos para hospitales americanos (American Hospital Formulary Service Drug Information) y el Sistema de información DRUGDEX.

"La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, genéricos y biosimilares".

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con nombre comercial registrado propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos normales (por ejemplo, medicamentos que están basados en una proteína) que se conocen como productos biológicos. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a "medicamentos", esto podría significar que es un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta médica que tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. Debido a que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos normales, en vez de tener una forma genérica, tienen alternativas llamadas biosimilares. Generalmente, los medicamentos genéricos y biosimilares funcionan igual de bien que el medicamento de marca y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos o alternativas biosimilares disponibles para muchos medicamentos de marca y algunos productos biológicos.

¿Qué *no* está en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta médica.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 en este capítulo).
- En otros casos, nosotros hemos decidido no incluir un medicamento determinado en la Lista de medicamentos. En algunos casos, es posible que obtenga un medicamento que no esté en la lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2 Hay 5 “niveles de costos compartidos” para los medicamentos de la Lista de medicamentos

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en uno de los 5 niveles de costos compartidos. Medicare aprobó los Ultimate Health Plans para cubrir los medicamentos con receta de nuestros miembros sin ningún costo para usted, como parte del programa Diseño de Seguros Basado en el Valor. Este programa permite que Medicare pruebe con nuevas formas de mejorar los planes de Medicare Advantage.

- **Nivel 1 de costo compartido (genérico)** incluye medicamentos genéricos.
- **Nivel 2 de costo compartido (marca preferida)** incluye medicamentos de marca preferida y algunos medicamentos genéricos.
- **Nivel 3 de costo compartido (medicamentos no preferidos)** incluye medicamentos de marca no preferidos y algunos medicamentos genéricos.
- **Nivel 4 de costo compartido (nivel de especialidad)** incluye medicamentos de marca y genéricos, que pueden necesitar un manejo especial o una monitorización cercana.
- **Nivel 5 de costo compartido (solo medicamentos excluidos)** incluye medicamentos con receta que generalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos con receta de Medicare.

Para averiguar en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

La cantidad que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*).

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

Tiene 4 maneras de averiguarlo:

1. Consulte electrónicamente nuestra lista de medicamentos más reciente.
2. Visite el sitio web del plan (www.ChooseUltimate.com/Home/PrescriptionDrugs). La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actual.
3. Comuníquese con Servicios para miembros para averiguar si un medicamento determinado está en la Lista de medicamentos del plan o solicite una copia de la lista.
4. Su proveedor de atención primaria puede decirle qué medicamentos cubre su plan.

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta médica, existen normas especiales que restringen el cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para animarlo a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Si un medicamento seguro y de costo más bajo funcionará tan bien como un medicamento de costo alto, las normas del plan están diseñadas para animarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción de costo más bajo.

Tenga en cuenta que a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que es posible que los mismos medicamentos puedan ser diferentes basándose en la concentración, cantidad o forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica y las diferentes restricciones o costos compartidos pueden aplicarse a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a dos por día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las siguientes secciones explican más sobre los tipos de restricciones que utilizamos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicios para Miembros para saber qué necesitan usted o su proveedor para obtener la cobertura para el medicamento. Si desea que nosotros le anulemos la restricción, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Es posible que aceptemos anularla, o no. (Vea el Capítulo 9)

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Por lo general, un medicamento "genérico" funciona en la misma manera que un medicamento de marca y generalmente el costo es menor. **En la mayoría de los casos, cuando hay una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le darán la versión genérica en vez del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos dio las razones médicas por las cuales ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan el mismo estado médico funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo compartido será mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Cómo obtener una aprobación por anticipado del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. A esto se le conoce como "**autorización previa**". Esto se establece para asegurarse de la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que el plan no cubra su medicamento.

Pruebe primero un medicamento diferente

Este requisito le motiva a probar un medicamento menos costoso pero igual de efectivo antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma condición médica y el Medicamento A es menos costoso, es posible que el plan le solicite que pruebe el Medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **"terapia en pasos"**.

Límites de cantidades

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surta su receta. Por ejemplo, si se considera normalmente seguro tomar únicamente una píldora por día de cierto medicamento, limitaremos la cobertura de su receta médica a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto en la manera que le gustaría que estuviera cubierto?

Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera como le gustaría que estuviera cubierto

Hay situaciones donde hay un medicamento con receta que usted está tomando, o uno que usted y su proveedor creen que debería tomar que no está en nuestra lista de medicamentos cubiertos o que está, pero con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O quizá esté cubierta una versión genérica del medicamento pero la versión de marca que desea no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas o restricciones adicionales en la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.

- Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto en la manera que le gustaría que estuviera cubierto.
- Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si su medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber lo que puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna manera?

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

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

Puede obtener un suministro temporal

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

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

- **Si usted es un nuevo miembro,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si usted estaba en el plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será, como máximo, un suministro de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos varios surtidos para proporcionar hasta un suministro máximo para 30 días del medicamento. La receta se debe surtir en una farmacia de la red. (Tome en cuenta que la farmacia de atención médica a largo plazo podría proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas para evitar desperdicios).
- **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días y residen en un centro de atención de 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 está escrita para menos días. Esto es además del suministro temporal que se indica arriba.
- Para miembros que estén inscritos en el plan hace más de 90 días y tengan cambios en su nivel de atención (de un tratamiento a otro): es posible que haga una transición no planificada, como el traslado de un hospital a un centro de atención a largo plazo. Si esto sucede y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario, o si su capacidad para obtener sus medicamentos se ve limitada, pero hace más de 90 días que es miembro del plan, cubriremos un suministro temporal de 30 días (o 31 días si reside en un centro de atención a largo plazo) en farmacias de la red. Esto le dará tiempo para hablar con su médico sobre otras opciones de tratamiento. Después del suministro del primer mes en estas situaciones, deberá seguir el proceso de excepción del formulario del plan. Por definición, hay un cambio en el nivel de atención cuando los miembros:
  - Ingresan en un centro de atención a largo plazo (LTC) desde un hospital u otro ámbito.
  - Abandonan un centro de atención a largo plazo (LTC) y regresan a la comunidad.
  - Reciben el alta hospitalaria para regresar a su hogar.
  - Finalizan una estancia en un centro de enfermería especializada (SNF) cubierto por Medicare Parte A (cuando se cubren todos los cargos de farmacia) y deben regresar a la cobertura del formulario del plan de la Parte D;
  - Regresan del estado de cuidados paliativos a los beneficios estándares de Medicare Parte A y Parte B;
  - Reciben el alta de un hospital psiquiátrico con un tratamiento farmacológico sumamente individualizado.

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

Durante el tiempo en que esté usando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le agote. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para ver si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionarle de la misma manera. Usted puede LLAME a Servicios para miembros y pedir un lista de medicamentos que cubrimos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que podría funcionarle.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que hay razones médicas que justifican que nos solicite una excepción, su proveedor puede ayudarlo a pedir la excepción. Por ejemplo, puede solicitar al plan que cubra un medicamento incluso si no está en la Lista de medicamentos del plan. O, puede solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 7.4 le indica qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre al principio de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede hacer algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos**.
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo**.
- **Agregar o retirar una restricción en la cobertura de un medicamento**.
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de medicamentos del plan.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando hay cambios en la Lista de medicamentos, publicamos la información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos con regularidad nuestra Lista de medicamentos en línea. Abajo están los tiempos en que recibiría un aviso directo si se hacen cambios en un medicamento que está tomando.

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

- **Un medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos)**
  - Nosotros podemos quitar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo estamos reemplazando con una versión genérica recién aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y tendrá las mismas o menos restricciones. Podemos decidir que se conservará el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moviéndolo inmediatamente a un nivel de costo compartido más alto, agregando nuevas restricciones o ambas cuando se añade un genérico.
  - Es posible que no le avisemos con antelación antes de hacer el cambio, aunque esté tomando actualmente el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que hagamos el cambio, le daremos información sobre los cambios específicos que hagamos. Esto también incluirá instrucciones para pedir una excepción para que cubramos el medicamento de marca. Es posible que no reciba esta notificación antes de que hagamos el cambio.
  - Usted o la persona que hace las recetas pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información de cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 9.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
  - Algunas veces un medicamento se puede considerar inseguro o pueden retirarlo del mercado por otro motivo. Si esto sucede, puede ser que el medicamento inmediatamente de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, lo informaremos de inmediato.

- La persona que receta también estará enterada de este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otros medicamentos para su condición.

Otros cambios en la Lista de medicamentos

- Podemos hacer otros cambios una vez que el año ha empezado que afectan los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca, cambiar el nivel de costo compartido o agregar restricciones nuevas al medicamento de marca, o ambas. También podemos hacer cambios basados en las advertencias en caja de la FDA o nuevas directrices clínicas reconocidas por Medicare.
- Para estos cambios, debemos darle aviso sobre el cambio con al menos 30 días de anticipación o darle un aviso del cambio y un nuevo resurtido para 30 días del medicamento de marca que está tomando, en una farmacia de la red.
- Después de que reciba el aviso del cambio, deberá trabajar con el proveedor que receta para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o cumplir cualquier nueva restricción en el medicamento que está tomando.
- Usted o el proveedor que receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuar cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información de cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

Puede ser que hagamos ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no estén descritos arriba. En estos casos, el cambio no se aplicará para usted si está tomando el medicamento cuando se haga el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente lo afecten a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si usted continúa en el mismo plan.

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

- Cambiamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Pusimos una nueva restricción sobre el uso del medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si alguno de estos cambios ocurren para un medicamento que está tomando, (excepto por un retiro del mercado, un medicamento genérico que sustituye a un medicamento de marca u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que usted paga como parte del costo compartido hasta el 1 de enero del siguiente año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún incremento en sus pagos ni se agregará ninguna restricción al uso del medicamento.

No le hablaremos directamente sobre estos tipos de cambios durante el año actual del plan. Usted debe revisar la Lista de medicamentos para el siguiente año del plan (cuando esté disponible la lista durante el período de inscripción abierta) para saber si hay algún cambio en los medicamentos que esté tomando que lo afecte durante el siguiente año del plan.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le indica qué tipos de medicamentos con receta médica están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

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

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

- Nuestra cobertura de medicamentos de la Parte D del plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto según 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 generalmente no puede cubrir el uso para indicaciones no autorizadas. El “uso para indicaciones no autorizadas” es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en una etiqueta de medicamento según lo aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos.
- Por lo general, la cobertura para “uso fuera de lo indicado” se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de información DRUGDEX.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos que se mencionan abajo no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, la cobertura de medicamentos de Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos. Para obtener más información sobre las categorías con

cobertura de Medicaid, consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener la información de contacto

- Medicamentos sin receta médica (también conocidos como medicamentos de venta libre)
- Medicamentos que se usan para promover la fertilidad
- Medicamentos usados para el alivio de los síntomas de la tos o el resfriado
- Medicamentos usados para fines cosméticos o para promover el crecimiento del pelo
- Productos de vitaminas y minerales con receta médica, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones con flúor
- Medicamentos usados para el tratamiento de disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos para el tratamiento de la anorexia, la pérdida o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante busca que la compra de servicios de control o las pruebas asociadas se haga exclusivamente del fabricante como una condición de venta

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Dé su información de la membresía

Para surtir su receta, dé la información de la membresía del plan, que puede encontrar en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente el medicamento al plan.

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

Si no tiene la información de membresía del plan cuando surta su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **usted podría tener que pagar el costo total del medicamento con receta cuando usted vaya a recibirlo.** (Luego puede **pedirnos que se lo reembolsemos.** Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o un centro de enfermería especializada para una estancia que está cubierta por el plan?

Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estancia. Cuando salga del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre que el medicamento cumpla todas las normas de cobertura descritas en este Capítulo.

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

Generalmente, un centro de atención de largo plazo (LTC) (como un centro de atención residencial) tiene su propia farmacia o una farmacia que surte los medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, siempre que sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia del LTC o la que usan es parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con Servicios para Miembros. Si está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que usted pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si es residente en un centro de atención de largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera?

Vea en la Sección 5.2 la información sobre un suministro temporal o de emergencia.

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

Si actualmente tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. Él o ella puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos con receta médica con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura de grupo de empleado o jubilado, la cobertura de medicamentos que obtiene de nosotros será *secundaria* a la cobertura de grupo. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Aviso especial sobre la 'cobertura acreditable':

Cada año su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le indique si su cobertura de medicamentos con receta para el siguiente año calendario es "válida".

Si la cobertura del plan de grupo es **"acreditable"**, significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare.

Conserve este aviso sobre la cobertura acreditable porque puede necesitarlo más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite este aviso para mostrar que ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió el aviso de la cobertura acreditable, pida una copia a su empleador, al administrador de beneficios del plan de jubilados o al sindicato.

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

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita medicamentos contra las náuseas, laxantes, contra el dolor o la ansiedad que no estén cubiertos por el hospicio porque no tienen relación con su enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del proveedor que receta o de su proveedor de hospicio indicando que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para prevenir demoras en recibir estos medicamentos que deberían cubrir nuestro plan, pida al proveedor de hospicio o al proveedor que receta que avise antes de que se surta su receta.

Si usted revocara su elección de hospicio o si lo dieran de alta de dicho centro, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos como se explicó en este documento. Para prevenir demoras en una farmacia cuando finalicen sus beneficios de hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para que verifiquen su revocación o el alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de los medicamentos y manejo de medicamentos

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

Hacemos revisiones sobre el uso de los medicamentos para ayudar a nuestros miembros a garantizar que están obteniendo una atención segura y apropiada.

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta médica. También revisamos nuestros registros de manera regular. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, tales como:

- Posibles errores de medicamentos
- Medicamentos que es posible que no sean necesarios ya que está tomando otro medicamento para tratar la misma condición
- Medicamentos que no son seguros ni apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían dañarle si los toma al mismo tiempo
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que usted está tomando
- Cantidades no seguras de medicamentos opioides para el dolor

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

Sección 10.2 Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros con el uso seguro de sus medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a asegurarse de que los miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides con receta y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama un Programa de manejo de medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opiáceos que obtiene de varios médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opiáceos recientemente, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que dichos medicamentos sean médicamente necesarios y los use adecuadamente. En colaboración con sus médicos, si decidimos que el uso que haga de opioides o benzodiazepinas con receta no

es seguro, podemos limitar la forma en que pueda obtener estos medicamentos. Si lo ponemos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Pedirle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta en ciertas farmacias.
- Pedirle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta de ciertos médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos y de benzodiacepina que cubriremos para usted

Si planeamos limitar cómo puede obtener esos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta con antelación. La carta explicará las limitaciones que creemos que deben aplicarse a usted. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y cualquier otra información que crea que es importante que sepamos. Después de que se le haya dado la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o con la limitación, usted y el proveedor que receta tienen derecho a la apelación. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si seguimos rechazando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo comunicarse presentar una apelación.

No se le pondrá en nuestro DMP si tiene ciertas condiciones médicas, como dolor relacionado con cáncer o anemia falciforme, si está recibiendo atención de hospicio, paliativa o por enfermedad terminal, o si vive en un centro de atención de largo plazo.

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

Contamos con 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. El programa lo desarrollaron un equipo de farmacéuticos y médicos para asegurarnos de que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen costos altos de medicamentos, o están en un DMP para ayudar a los miembros a usar los opioides de manera segura pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud harán con usted una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, usted puede hablar sobre cómo tomar sus medicamentos,

sus costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre su receta y los medicamentos de venta libre. Recibirá un resumen por escrito que tiene una lista de lo que se recomienda que haga que incluye las medidas que debe tomar para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma, cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de medidas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su visita o en cualquier momento en el que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, mantenga actualizada su lista de medicamentos (por ejemplo, junto con su documento de identificación) si va al hospital o a sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, le inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con Servicios para Miembros.

SECCIÓN 11 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en cuál etapa de pago se encuentra

Sección 11.1 Le enviamos un informe mensual llamado *Explicación de beneficios de la Parte* D (la “EOB de la Parte D”)

Nuestro plan lleva un control de los costos de sus medicamentos con receta médica y de los pagos que ha hecho cuando obtiene sus surtidos o nuevos surtidos de medicamentos con receta médica en la farmacia. De esta manera, podemos indicarle cuando haya pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, existen dos tipos de costos de los que llevamos control:

- Llevamos control de cuánto ha pagado. Esto se llama costo **“de bolsillo”**.
- Llevamos un registro de sus **“costos totales de medicamentos”**. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

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

- **Información de ese mes.** Este informe le da los detalles del pago de las recetas médicas que le han surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otros pagaron en su nombre.

- **Totales para el año desde el 1 de enero.** Esto se conoce como la información del "del año a la fecha". La información muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que empezó el año.
- **Información de precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y los aumentos de precio del primer surtido por cada reclamo de receta por la misma cantidad.
- **Recetas de alternativas de menor costo disponibles.** Esto incluirá información de otros medicamentos disponibles con menos costo compartido para cada reclamo de medicamento con receta.

Sección 11.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

Para llevar control de sus costos de medicamentos y los pagos que realiza por sus medicamentos, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias. Así es como puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surta una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sepamos sobre las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay veces en que puede ser que pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para llevar control de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a hacer un seguimiento de los gastos de bolsillo, entréguenos copias de sus recibos Abajo se mencionan ejemplos de cuándo debe entregarnos copias de los recibos de medicamentos:
    - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utiliza una tarjeta de descuento que no es parte de nuestro beneficio del plan.
    - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan bajo un programa de asistencia a los pacientes del fabricante del medicamento.
    - Cualquier ocasión en que haya adquirido medicamentos cubiertos en farmacias que no pertenecen a la red u otras ocasiones en que haya pagado el precio completo por un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.

  Si se le factura por un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que paguemos nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2.

- **Envíenos la información sobre los pagos que algún tercero haya hecho por usted.** Los pagos hechos por ciertas personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas se tienen en cuenta para sus costos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

Revise el informe por escrito que le enviamos. Cuando reciba por correo la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y correcta. Si cree que falta algo en el informe o si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros a Servicios para Miembros. Asegúrese de conservar estos informes.

CAPÍTULO 6:

Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si está recibiendo “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta de la Parte D?

La mayoría de nuestros miembros califican y reciben “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Si está en el programa de “Ayuda adicional”, **parte de la información de esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplica para usted.** Le enviamos un documento separado, llamado “Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar por sus medicamentos con receta médica” (también conocido como “Anexo de Subsidio por bajos ingresos” o “Anexo LIS”), que le indica sobre su cobertura de medicamentos. Si no recibió este documento, llame a Servicios para Miembros y pida la “Cláusula adicional de LIS”.

CAPÍTULO 7:

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que usted debería pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos

Los proveedores de nuestra red facturan al plan directamente por sus servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de atención médica o medicamentos que ya recibió, debe enviarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la veremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios. Si decidimos que debemos cubrirlos, 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 (devolverle el dinero con frecuencia se denomina “reembolso”). Es su derecho recibir un reembolso de nuestro plan cuando ha pagado más de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Puede haber fechas límite que debe cumplir para obtener el pago. La Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envía una factura que ya pagó, la veremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios o medicamentos. Si decidimos que deberían cubrirse, le devolveremos el pago por los servicios o medicamentos.

Puede haber ocasiones cuando reciba una factura de un proveedor por el costo total de atención médica que ya recibió o posiblemente por más de su parte de costos compartidos como explicamos en el documento. Primero trate de resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en vez de pagarla. Nosotros la veremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios. Si decidimos que debemos cubrirlos, pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarlos, le avisaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costos compartidos que permite el plan. Si este proveedor está contratado, usted aún tendrá el derecho al tratamiento.

A continuación encontrará ejemplos de situaciones en las que puede ser que usted necesite pedirle a nuestro plan que le devuelva el pago o que pague una factura que usted recibió.

1. Cuando haya recibido atención médica de emergencia o necesaria de urgencia de un proveedor fuera de la red de nuestro plan

Puede recibir los servicios de emergencia o necesarios de urgencia de cualquier proveedor, sin importar o no si el proveedor forma parte de nuestra red. En estos casos, pida al proveedor que lo facture al plan.

- Si paga la cantidad completa al recibir la atención, pídanos que devolvamos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- Puede recibir una factura del proveedor para pedirle un pago que usted cree que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.

- Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si usted ya pagó más que su parte del costo del servicio, nosotros determinaremos cuánto debía y le devolveremos el pago por nuestra parte del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan. Pero, algunas veces, cometen errores, y le piden que pague más que su parte del costo.

- Solo tiene que pagar la cantidad de costo compartido cuando recibe los servicios cubiertos. No dejamos que los proveedores añadan cargos adicionales aparte, lo que se llama “facturación de balance”. Esta protección (de que usted nunca paga más de su cantidad de costo compartido) aplica aún si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio y aún si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. No permitimos que los proveedores le facturen los servicios cubiertos. Nosotros pagamos directamente a nuestros proveedores y le evitamos que usted tenga que pagar facturas. Incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que este haya cobrado por un servicio.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red que usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho. Debe pedirnos que le reembolsemos la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que debe según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Usted tendrá que presentarnos la documentación como recibos y facturas para que nos encarguemos del reembolso.

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

Si va a una farmacia fuera de la red, puede ser que la farmacia no pueda presentarnos directamente el reclamo. Cuando eso sucede, usted tendrá que pagar el costo total de su receta médica. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando solicite que le paguemos nuestra parte del costo compartido. Recuerde que solo cubrimos las farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para hablar de estas circunstancias.

5. Cuando paga el costo total de una receta debido a que no tiene su tarjeta de membresía al plan

Si no tiene su tarjeta de membresía al plan, puede pedir a la farmacia que llame al plan o que busque la información de su inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener de inmediato la información sobre la inscripción que necesita, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento con receta médica. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando solicite que le paguemos nuestra parte del costo compartido.

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

Puede pagar el costo total de la receta médica por que se da cuenta de que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o no creía que se aplicara a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el pago. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información del médico para poder reembolsar el medicamento.

Cuando nos pida que le paguemos, revisaremos su pedido y decidiremos si debemos cubrir el servicio o el medicamento. Esto se llama tomar una “decisión sobre cobertura”. Si decidimos que se debe cubrir, pagaremos el servicio o el medicamento. Si rechazamos su pedido de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este documento hay información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el pago o que paguemos una factura que usted recibió

Ustedpuede pedirnos que le paguemos enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe la factura y la documentación de cualquier pago que haya hecho. Es una buena idea hacer una copia de su factura y de sus recibos para sus registros. **Debe presentarnos su reclamo en el plazo de 365 días** a partir de la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

Para asegurarse de darnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo (reembolso directo para miembros) para hacer la solicitud de pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente. La información que necesitamos para tomar una decisión es el comprobante de pago, la información del expediente médico de la farmacia/proveedor y la descripción del medicamento, suministros o servicios recibidos.
- Puede descargar una copia del formulario de nuestro sitio web (www.ChooseUltimate.com/Member/DocumentsandForms) o puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar el formulario.

Envíe su solicitud de pago por correo junto con las facturas o recibos pagados que pueda haber a esta dirección:

Solicitudes de reembolso de servicios médicos:

Ultimate Health Plans
PO Box 3340
Spring Hill, FL 34611

Solicitudes de reembolso de medicamentos con receta:

OptumRx Direct Member Reimbursements
PO Box 650287
Dallas, TX 75265

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento

Cuando recibamos su solicitud de pago, le indicaremos si necesitamos información adicional de su parte. De lo contrario, consideraremos su petición y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las normas, pagaremos el servicio. Si ya pago el servicio o medicamento, le enviaremos el reembolso por correo. Si todavía no ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o que usted *no* siguió todas las normas, no pagaremos la atención o el medicamento. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no le enviaremos el pago y sus derechos para apelar esa decisión.

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

Si cree que cometimos un error denegando su solicitud de pago o la cantidad que le estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límites importantes. Para obtener información de cómo hacer esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

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

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

Su plan está obligado a asegurarse de que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de manera culturalmente competente y estén accesibles para todos los miembros, incluyendo los que tienen poco dominio del inglés, competencias de lectura limitadas, discapacidad auditiva o los que tienen diversos orígenes culturales y étnicos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir esos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, prestar servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión de TTY (teléfono de texto o teléfono de teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos para contestar preguntas de miembros que no hablan inglés. También podemos ofrecerle la información en braille, en letra grande u otro formato alternativo si costo, si usted lo necesita. Se nos requiere que le demos información acerca de los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiada para usted. Para obtener información de nosotros de manera que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros.

Nuestro plan está obligado a darles a las miembros la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventiva para mujeres.

Si no están disponibles en la red del plan los proveedores de una especialidad, es la responsabilidad del plan buscar proveedores especialistas fuera de la red que le den la atención necesaria. En ese caso, usted solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si estuviera en una situación en la que no hay especialista en la red del plan que cubran el servicio que usted necesita, llame al plan para obtener información de a dónde ir para recibir este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, presente una queja formal ante Servicios para miembros (los teléfonos están en la contracubierta de este folleto). También puede presentar una queja con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina para Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Usted tiene el derecho de elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para prestarle y coordinar sus servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *en un período de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho de obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesita esa atención. Usted también tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta médica en cualquier farmacia de nuestra red sin grandes demoras.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, el Capítulo 9 indica lo que usted puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

- Su “información personal de salud” incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, al igual que su expediente médico y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y controlar cómo se usa su información médica. Le entregamos un aviso escrito llamado “Aviso de prácticas de privacidad” que habla sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que las personas que no están autorizadas no vean ni modifiquen sus registros.
- Excepto en las circunstancias indicadas abajo, si pretendemos dar su información médica a alguien que no le está dando atención ni pagando su atención, *estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito o de alguien a quien usted haya dado el poder legal para tomar primero decisiones por usted*.
- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso escrito. La ley permite o exige estas excepciones.

- Estamos obligados a revelar la información médica a las agencias del gobierno que revisan la calidad de la atención.
- Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos darle a Medicare su información médica incluyendo la información sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare revela su información para usos de investigación u otros, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentaciones federales; generalmente esto exige que no se comparta la información que lo identifica particularmente.

Puede consultar la información en su expediente y saber cómo se compartió con otras personas

Usted tiene derecho a ver su expediente médico que guarda el plan y obtener una copia. Tenemos permitido cobrarle por reproducir copias. También tiene derecho de pedirnos que agreguemos o corrijamos su expediente médico. Si nos pide hacerlo, trabajaremos con su proveedor de cuidados de la salud para decidir si se deben hacer los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otras personas para cualquier propósito que no sea rutinario.

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

Sección 1.4 Debemos darle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP), tiene derecho a recibir varios tipos de información de nuestra parte.

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

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información acerca de la condición financiera del plan.
- **Información sobre nuestras redes de proveedores y farmacias.** Usted tiene el derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y normas que debe seguir cuando utiliza su cobertura.** En los Capítulos 3 y 4 tienen información relacionada con los servicios médicos. En los Capítulos 5 y 6 hay información sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.

- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** En el capítulo 9 se informa sobre cómo pedir una explicación por escrito del motivo por el que no está cubierto un servicio médico o un medicamento de la Parte D o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 9 también hay información de cómo pedirnos cambiar una decisión, también llamado una apelación.

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

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

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

También tiene derecho a participar de lleno en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su condición, sin importar lo que cuestan o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye que le hablen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos y utilizarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho de que le hablen sobre cualquier riesgo involucrado en su atención. Se le debe informar anticipadamente si algún tratamiento o atención médica propuesta es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, aún si su médico le recomienda que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, usted acepta toda la responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo como resultado de su decisión.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se haría si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces las personas pierden la habilidad de tomar decisiones de atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si quiere,* puede:

- Completar un formulario por escrito para darle **a alguien la autoridad legal de tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez queda imposibilitado para tomar decisiones.
- **Entregar instrucciones por escrito a sus médicos** sobre cómo quiere que manejen su atención médica si quedara imposibilitado para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para entregar sus indicaciones por anticipado en estas situaciones se llaman "**directivas anticipadas**". Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y tienen diferentes nombres. Los documentos llamados "**testamento en vida**" y "**mandato para atención médica**" son ejemplos de las directivas anticipadas.

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

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucción anticipada de organizaciones que dan información acerca de Medicare. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para pedir los formularios.
- **Llénelo y fírmelo.** Sin importar de dónde obtenga este formulario, tenga presente que es un documento legal. Deberá considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregue copias a las personas apropiadas.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que pueda tomar decisiones por usted si usted no puede. Puede ser que también quiera entregar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que lo hospitalizarán y firmó un formulario de directivas anticipadas, **llévese una copia al hospital**.

- Si le admiten en el hospital, le preguntarán si ya firmó un formulario de directivas anticipadas y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado uno, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmarlo.

Recuerde, usted decide si quiere completar un formulario de directivas anticipadas (incluyendo si quiere firmarlo si está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarle si usted firmó o no una instrucción anticipada.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si firmó una directiva anticipada, y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones de esta, puede presentar una queja ante la Agencia para la Administración de la Atención Médica (Agency for Health Care Administration, AHCA) de Florida llamando al 888-419-3456 (los usuarios de TTY pueden llamar al 800-955-8771) de 8:00 a. m. 5:00 p. m., de lunes a viernes.

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

Si tiene algún problema, preocupación o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento está lo que puede hacer. No importa lo que haga, pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **debemos tratarlo con justicia**.

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que lo están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si cree que se le ha tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o país de origen, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697, o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo más?

Si cree que lo trataron injustamente o que no se respetaron sus derechos *y no* tiene que ver con la discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está teniendo:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar a Servicios para Miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación llamada, "Sus Derechos y Protecciones de Medicare". (La publicación puede encontrarse en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
  - O, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Como miembro del plan, usted tiene algunas responsabilidades

A continuación se indican las cosas que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Use esta Evidencia de cobertura para saber qué está cubierto para usted y las normas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 tienen información sobre sus servicios médicos.
  - Los Capítulos 5 y 6 tienen información sobre su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si tiene otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos con receta médica además de nuestro plan, debe informarnos al respecto.** En el Capítulo 1 obtiene información sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a que lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y completando su atención.**
  - Para obtener la mejor atención, hable con sus médicos y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.

  - Asegúrese de que sus médicos están al tanto de todos los medicamentos que está tomando, incluyendo medicamentos no recetados, vitaminas, y suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de hacerla y obtenga una respuesta que usted entienda.
- **Sea amable.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe de manera que ayude a que las cosas en el consultorio de su médico, los hospitales y otras oficinas funcionen sin problemas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de hacer estos pagos:
  - Debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
  - Para la mayoría de nuestros servicios médicos y medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o medicamento.
  - Si es necesario que pague la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos mayores (según lo informó en su última declaración de impuestos), debe continuar pagando la cantidad adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro de* nuestra área de servicio, necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si usted se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).

SECCIÓN 3 Ultimate Health Plans cuenta con la acreditación del Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA)

Los miembros de Ultimate Health Plans tienen:

- El derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus médicos y proveedores, y los derechos y responsabilidades de los miembros.
- Derecho a ser tratados con respeto, y el reconocimiento de su dignidad y su derecho a la privacidad.
- Derecho de colaborar con los médicos para tomar decisiones sobre su atención médica.

- Derecho a tener una conversación abierta sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para sus condiciones, independientemente del costo o de la cobertura de los beneficios.
- Derecho a presentar quejas o apelaciones sobre la organización o la atención prestada.
- Derecho a hacer recomendaciones a la organización sobre su política de derechos y las obligaciones de los miembros.
- La responsabilidad de dar información (en la mayor medida posible) que la organización y sus médicos y proveedores necesiten para atenderlo.
- La responsabilidad de cumplir los planes e instrucciones médicas que han acordado con sus médicos.
- La responsabilidad de entender sus problemas de salud y de participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento acordados mutuamente, en la medida de lo posible.

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o preocupación

Este capítulo explica el proceso para manejar los problemas y las inquietudes. El proceso que utilice para manejar su problema depende de dos cosas:

1. Ya sea que su problema se trate de sus beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si necesita ayuda para decidir si debe usar el proceso de Medicare o el de Medicaid, o ambos, comuníquese con Servicios para miembros.

2. El tipo de problema que tiene:
   - Para algunos tipos de problemas, necesita usar el **proceso de decisiones y apelaciones de cobertura**.
   - Para otros tipos de problemas, necesita usar el **proceso de poner quejas;** también llamado quejas formales.

Estos procesos están aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y fechas límite que debemos respetar usted y nosotros.

La guía en la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a usar y qué debería de hacer.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Hay términos legales técnicos para algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice “presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de organización” o “determinación de cobertura” o “determinación en riesgo” “organización de revisión independiente” en lugar de “entidad de revisión independiente”.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil, y algunas veces de mucha importancia, que conozca los términos legales correctos. Saber qué términos usar lo ayudará a comunicarse con más precisión para obtener la ayuda o información adecuadas para su situación. Para ayudarle a conocer qué términos utilizar, incluimos los términos legales cuando proporcionamos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Aun si tiene una queja del trato que le demos, estamos obligados a respetar su derecho de quejarse. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con Servicio al Cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones también puede ser que desee ayuda o una guía de alguien que no tenga relación con nosotros. Bajo hay dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa de gobierno con consejeros capacitados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores en este programa le pueden ayudar a comprender qué proceso debería utilizar para manejar el problema que tiene. También pueden responder a sus preguntas, proporcionarle más información y ofrecerle una guía sobre qué hacer.

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

Medicare

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

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

También puede obtener ayuda e información de Medicaid

Para comunicarse con la Agencia para la Administración de Atención Médica (AHCA):

- Puede llamar al 888-419-3456, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 800-955-8771.
- También puede visitar el sitio web de AHCA (https://ahca.myflorida.com).

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

Debido a que tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid, tiene diferentes procesos que puede usar para manejar su problema o queja. El proceso que use depende de si el problema se trata sobre los beneficios de Medicare o de Medicaid. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por Medicare, entonces debe utilizar el proceso de Medicare. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por Medicaid, entonces debe usar el proceso de Medicaid. Si necesita ayuda para decidir si debe usar el proceso de Medicare o el de Medicaid, comuníquese con Servicios para miembros.

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

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

Si necesita ayuda para decidir si su problema es sobre los beneficios de Medicare o de Medicaid, comuníquese con Servicios para miembros.

Mi problema está relacionado con los beneficios de **Medicare**.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, “Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare”.**

Mi problema está relacionado con la cobertura de **Medicaid**.

Puede adelantarse a **Sección 12** de este capítulo, **“Manejo de los problemas sobre sus beneficios de Medicaid”**.

PROBLEMAS ACERCA DE SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

Sección 4.1 ¿Debería utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? O, ¿debe utilizar el proceso para presentar reclamos?

Si usted tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. El siguiente cuadro le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para observar los problemas y quejas sobre los **beneficios que cubre Medicare**.

Para determinar qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o inquietud sobre sus beneficios de **Medicare**, utilice esta tabla:

¿Está relacionado su problema o preocupación con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta tienen cobertura o no, la manera como están cubiertos y problemas relacionados con el pago de la atención médica o medicamentos con receta.

Sí.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5, "Una guía para los aspectos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones".**

No.

Pase a la **Sección 11** al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes".**

SECCIÓN 5 Una guía para los aspectos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: una visión amplia

Las decisiones de cobertura y apelaciones tratan con problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura, incluyendo pagos. Este es el proceso que usted utiliza para los asuntos como si algo está cubierto o no y la forma en la que algo está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos en relación con sus beneficios y cobertura o con el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Nosotros estaremos tomando una decisión de cobertura cada vez que decidamos cuál es la cobertura que usted tiene y cuánto pagaremos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, cada vez que recibe atención médica de él o ella o si su médico de la red lo remite a un especialista médico. Usted o su médico también se puede comunicar con nosotros y solicitarnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se rehúsa a proporcionarle atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En determinadas circunstancias, se desestimará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no la revisaremos. Algunos ejemplos de casos en los que se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta; si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo; o si usted pide que se elimine la solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos una notificación que explicará los motivos y cómo pedir una revisión de la desestimación.

En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, que mencionaremos después, puede solicitar una apelación expedita o “apelación rápida” de una decisión de cobertura. Su apelación la manejan diferentes revisores a 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 las normas apropiadamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas se desestimará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que quiere decir que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta; si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo; o si usted pide que se elimine la solicitud. Si descartamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso explicando por qué se descartó la solicitud y cómo pedir la revisión del rechazo.

Si rechazamos total o parcialmente su apelación de Nivel 1, esta pasará automáticamente al Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 la hace una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

- (Usted no tiene que hacer nada para comenzar una apelación del Nivel 2. Las reglas de Medicare exigen que le enviemos automáticamente la apelación para el Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación del Nivel 1).
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre el nivel 2 de apelaciones.

Si usted no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar a través de los niveles adicionales de apelación (en la Sección 10 de este Capítulo se explican los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5).

Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

Estos son los recursos si decide solicitar cualquier clase de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos a Servicios para Miembros**.
- **Puede obtener ayuda gratis** del Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico.
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación después del Nivel 2, tendrá que nombrarlo como su representante. Llame a Servicios para Miembros y pida el formulario de “Nombramiento de representante”. (También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.

- Para atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 por usted. Si se rechaza su apelación en el Nivel 1, automáticamente se trasladará al Nivel 2.
- Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otro proveedor que receta pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o el proveedor que receta puede solicitar la apelación de Nivel 2.

- **Puede pedirle a alguien que lo represente.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Si quiere que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros y pida el formulario de "Nombramiento de representante". (También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. El formulario le da a esa persona permiso para actuar de su parte. Deben firmarlo usted y la persona que usted desea que actúe de su parte. Deberá darnos una copia del formulario firmado.
  - Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será descartada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicarán sus derechos a pedir que una organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

Sección 5.3 ¿Qué sección de este capítulo tiene información de su situación?

Hay cuatro tipos de diferentes situaciones que incluyen decisiones sobre cobertura y apelaciones. Ya que cada situación tiene diferentes normas y fechas límite, le damos los detalles de cada una en una sección separada:

- La **Sección 6** de este capítulo: "Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"

- La **Sección 7** de este capítulo: "Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- La **Sección 8** de este capítulo: "Cómo pedirnos que cubramos una estadía en el hospital para pacientes hospitalizados más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta muy pronto"
- La **Sección 9** de este capítulo: "Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará muy pronto" (*Se aplica únicamente a estos servicios:* atención médica en casa, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF))

Si no está seguro de qué sección debería estar usando, llame a Servicios para Miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como el Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.

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

Sección 6.1 Esta sección le indica qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si quiere que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Esta sección se trata de sus beneficios de servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted).* Para mantener simples las cosas, generalmente nos referimos a "cobertura de atención médica" o "atención médica", que incluye artículos o servicios médicos y medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican normas diferentes para una solicitud de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En esos casos, explicaremos cómo difieren las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare de las normas para los productos y servicios médicos.

En esta sección se explica qué puede hacer si está en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. No está recibiendo cierta atención médica que desea y considera que nuestro plan la cubre. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desean proporcionarle y usted considera que el plan la cubre. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**

3. Recibió atención médica que considera que el plan debe cubrir, pero dijimos que no pagaremos esta atención médica. **Cómo presentar una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió atención médico, y pagó por ellos, y cree que el plan debería cubrirlos, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Cómo presentar una apelación. Sección 6.3.**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es por atención en el hospital, atención médica en casa, en un centro de enfermería especializada o en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF), usted deberá leer las Secciones 7 y 8 de este Capítulo. En estos tipos de atención se aplican reglas especiales.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo puede solicitar una decisión de cobertura

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura es sobre su atención médica, se llama una **“determinación de organización”.** Una “decisión de cobertura rápida” se llama una **“determinación expedita”**.

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

Una “decisión de cobertura estándar” generalmente se toma en 14 días o 72 horas para medicamentos de la Parte B. Una “decisión de cobertura rápida” generalmente se hace en el plazo de 72 horas para servicios médicos o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe reunir dos requisitos:

- *Únicamente puede pedir* cobertura por atención médica *que no haya recibido*.
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si usar las fechas límite estándar *puede ocasionar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico nos indica que por su salud se necesita una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si se necesita por su salud que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

- Explica que usaremos las fechas límite estándar
- Explica que si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos 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 solicitó.

Paso 2: Solicite a nuestro plan que tome la decisión de cobertura o la decisión de cobertura rápida.

- Comience por llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para hacer su petición de que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. En el Capítulo 2 hay información de contacto.

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

Para las decisiones de cobertura estándar usamos las fechas límite estándar.

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

- **Sin embargo**, si pide más tiempo, o si necesitamos reunir más información que lo pueda beneficiar, podemos **tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar más días, se lo notificaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos emplear más tiempo para tomar una decisión.
- Si usted cree que *no* deberíamos tardar más días, puede presentar una "queja rápida". Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de apelaciones y decisiones de cobertura. Vea la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para decisiones de cobertura rápida, usamos un plazo expedito.
Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos en el plazo de 72 horas si su solicitud es por un producto o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo,** si pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días más.** Si decidimos tomar más días, se lo notificaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos emplear más tiempo para tomar una decisión.
- Si usted cree que no deberíamos tardar más días, puede presentar una "queja rápida". (Vea la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

Si respondemos que no, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto quiere decir que debe pedir de nuevo la cobertura de atención médica que quiere. Si decide presentar una apelación, significa que irá al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se llama una **"reconsideración"** del plan. Una "apelación rápida" también se llama una **"determinación expedita"**.

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

Una "apelación estándar" generalmente se hace en el plazo de 30 días. Una "apelación rápida" generalmente se hace en el plazo de 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que usted todavía no ha recibido, usted o su médico deberá decidir si necesita una "apelación rápida". Si su médico nos indica que su salud requiere una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.

- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida" en la Sección 6.2 de este capítulo.

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

- **Si está solicitando una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** En el Capítulo 2 hay información de contacto.
- **Si está solicitando una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 hay información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de un período de 60 días calendario** a partir de la fecha en el aviso escrito que enviamos para indicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con la fecha límite y tiene un buen motivo, cuando haga su apelación, explique la razón de la tardanza para hacerla. Podemos darle más tiempo para hacer su apelación. Algunos ejemplos de un buen motivo pueden incluir una enfermedad grave que le evitó comunicarse con nosotros o si le damos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden añadir más información para respaldar su apelación.**

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

- Cuando revisamos su apelación, vemos cuidadosamente toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando denegamos su solicitud.
- Reuniremos más información si fuera necesario posiblemente comunicándonos con usted o con su médico.

Fechas límite para una "apelación rápida"

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos **tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar más días, se lo notificaremos por escrito. No podemos emplear más tiempo si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas (o cuando termine el período de tiempo extendido si tomamos más días), debemos enviarle automáticamente la solicitud para el Nivel 2 del proceso de apelaciones, que revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es que sí a una parte o todo lo que solicitó**, debemos autorizar o dar la cobertura que hemos acordado dar en las 72 horas posteriores a recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o todo lo que usted solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Fechas límite para una apelación "estándar"

- Para apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en el plazo de 30 días calendario** después de recibir su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que no haya recibido todavía, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le daremos nuestra decisión con mayor rapidez si su estado médico nos lo exige.
  - Sin embargo, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos **tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar más días, se lo notificaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos emplear más tiempo para tomar una decisión.
  - Si usted cree que *no* deberíamos tardar más días, puede presentar una "queja rápida". Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos en las siguientes 24 horas. (Vea la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
  - Si no le damos una respuesta a más tardar en la fecha límite (o cuando termine el período de tiempo extendido), le enviaremos su solicitud para la apelación de Nivel 2, donde una organización independiente externa revisará la apelación. En la Sección 6.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o todo lo que solicitó,** debemos autorizar o dar la cobertura en el plazo de 30 días calendario si su solicitud es por un artículo o servicio médico, o **en el plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si nuestro plan deniega una parte o toda la apelación, enviamos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Términos legales
El nombre formal para la "organización de revisión independiente" es **"entidad de revisión independiente"**. A veces se la llama **"IRE"**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** No está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decidirá si la decisión que tomamos es correcta o si debemos cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Enviaremos la información referente a su apelación a esta organización. Esta información se conoce como su "expediente del caso". **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso**.
- Tiene derecho a darle información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores en la organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

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

- Para la "apelación rápida", la organización de revisión deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 72 horas** a partir del momento en que recibe su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario más.** Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión independiente no puede emplear más tiempo para tomar una decisión.

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

- Para la "apelación estándar", si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** a partir de que recibe la apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 7 días calendario** a partir del momento en que reciban su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario más.** Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión independiente no puede emplear más tiempo para tomar una decisión.

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

La organización de revisión independiente lo informará de su decisión por escrito y explicará las razones de la decisión.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o toda la solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de atención médica **en un plazo de 72 horas** o prestar el servicio en un plazo de **14 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándar** o prestar el servicio **en un plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes expeditas**.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o toda la solicitud de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare,** debemos autorizar o dar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar** o **en un plazo de 24 horas** después de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes expeditas**.
- **Si esta organización deniega una parte de o toda su apelación**, eso significa que está de acuerdo con nuestro plan en cuanto a que su solicitud (o una parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se llama “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
  - Explicar la decisión.
  - Notificándole el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está pidiendo cumple cierto mínimo. El aviso por escrito que usted recibe de la organización de revisión independiente le indicará la cantidad en dólares necesaria para continuar con el proceso de apelaciones.
  - Diciéndole cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, usted elige si quiere continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si quiere pasar a una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibirá después de la apelación de Nivel 2.

- Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador se encarga de la Apelación de Nivel 3. La sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelación de los niveles 3, 4 y 5.

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

Si ya pagó por un servicio o artículo de Medicaid cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (devolverle el dinero con frecuencia se denomina "reembolso"). Es su derecho recibir un reembolso de nuestro plan cuando ha pagado más de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envía una factura que ya pagó, la veremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios o medicamentos. Si decidimos que deberían cubrirse, le devolveremos el pago por los servicios o medicamentos.

Solicitar un reembolso es solicitar una decisión de cobertura de nuestra parte

Si nos envía los documentos pidiendo el reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, revisaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si siguió todas las normas para usar su cobertura de atención médica.

- **Si respondemos sí a su solicitud:** Si la atención médica que pagó está cubierta y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica dentro de un plazo de 60 días calendario después que recibamos su solicitud. Si no ha pagado los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o si *no* ha seguido todas las normas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta indicando que no pagaremos los servicios y los motivos en detalle.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle lo solicitado, **puede poner una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

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

- Debemos darle una respuesta en el plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que usted ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.

- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviar el pago a usted o al proveedor en el plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es positiva en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en el término de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 Esta sección le indica qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que le devolvamos el pago de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Para que esté cubierto, su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener información sobre los medicamentos, normas, restricciones y costos de la Parte D, vea los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata únicamente sobre los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente decimos “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” todo el tiempo. Nosotros también usamos el término “lista de medicamentos” en lugar de “Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)”.

- Si usted no sabe si un medicamento está cubierto o si usted cumple las normas, puede preguntarnos Para algunos medicamentos es necesario que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos.
- Si su farmacia le indica que su receta no puede surtirse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito que le explica cómo comunicarse con nosotros para pedir una decisión de cobertura.

Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se llama una **“Determinación de cobertura”**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección se explica qué puede hacer si está en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Pedir que cubran un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Puede solicitar una excepción. Sección 7.2.**
- Pidiendo que cancelemos una restricción en la cobertura del plan por un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener) **Pida una excepción**. **Sección 7.2.**
- Cómo solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4.**
- Paga por un medicamento con receta que ya compró. **Pídanos que le devolvamos el pago. Sección 7.4.**

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

En esta sección se le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos a veces se llama solicitar una **“excepción a la lista de medicamentos cubiertos”**. Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos a veces se llama solicitar una **“excepción a la lista de medicamentos cubiertos”**. Solicitarnos el pago de un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se llama pedir una **“excepción de nivel”**.

Si un medicamento no está cubierto en la forma en que le gustaría que esté cubierto, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que nosotros consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro proveedor que receta deberán explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son dos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro proveedor que receta pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos cubiertos (Formulario).** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, tendrá que pagar la cantidad de costos compartidos que se aplica a los medicamentos del Nivel 3. No puede pedir una excepción de la cantidad de gastos compartidos que necesitamos que pague por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción de un medicamento cubierto**. En el Capítulo 5 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican en ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos.

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber sobre pedir excepciones

Su médico debe decirnos las razones médicas

Su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas cuando solicite la excepción.

Nuestra Lista de medicamentos usualmente incluye más de un medicamento para tratar un estado médico en particular. Estas posibilidades diferentes se llaman medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que está solicitando y no ocasiona más efectos secundarios u otros problemas médicos, generalmente *no* aprobaríamos su solicitud para una excepción.

Podemos responder sí o no a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación usualmente es válida hasta el final del año del plan. Esto es cierto siempre y cuando su médico siga recetando el medicamento para usted y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su estado médico.
- Si denegamos su solicitud, puede pedir otra revisión de nuestra decisión presentando una apelación.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción

Términos legales
Una “decisión de cobertura rápida” se llama una **“determinación de cobertura expedita”**.

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

Las **"decisiones de cobertura estándar"** se toman en el plazo de **72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico. Las **"decisiones de cobertura rápida"** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

Si su condición médica lo necesita, solicítenos que le demos una "decisión de cobertura rápida". **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**

- Debe estar pidiendo un medicamento *que aún no ha recibido*. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida para pagar un medicamento que ya compró).
- Usar las fechas límite estándar *puede ocasionar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico u otro proveedor que receta nos indica que por su salud se necesita una "decisión de cobertura rápida", automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico o de otro proveedor que receta), decidiremos si se necesita por su salud que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
  - Explica que usaremos las fechas límite estándar.
  - Explica que, si su médico u otro proveedor que receta solicitan la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
  - También le indicará cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Nosotros responderemos a su queja en el plazo de 24 horas después de recibirla.

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

Comience por llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para hacer su petición de que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede tener acceso al proceso de decisión de cobertura en nuestro sitio web. Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito, incluso las solicitudes que se presenten en el formulario de solicitud de determinación de cobertura de modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web. En el Capítulo 2 hay información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique el reclamo denegado que se está apelando.

Usted, su médico (u otro proveedor que receta) o su representante pueden hacerlo. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede darle el permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si está solicitando una excepción, entregue la "declaración de respaldo"**, que son las razones médicas para la excepción. Su médico u otro proveedor que receta pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O, su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas pueden indicarnos por teléfono y luego enviar por fax o correo una declaración escrita, de ser necesario.

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

Fechas límite para una "decisión de cobertura rápida"

- Debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 24 horas** después de recibir su solicitud.
  - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en el plazo de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.

- **Si nuestra respuesta es sí a parte o todo lo que solicitó**, debemos darle la cobertura acordada en el plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura "estándar" acerca de un medicamento que aún no recibió

- Debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
  - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en el plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.

- **Si nuestra respuesta es sí a parte o todo lo que solicitó,** debemos **darle la cobertura** acordada **en el plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura "estándar" acerca de un pago por un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en el plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí en todo o en parte a su solicitud**, también debemos hacer el pago en el plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

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

- Si respondemos que no, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto quiere decir pedir de nuevo que obtenga la cobertura del medicamento que quiere. Si decide presentar una apelación, significa que irá al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una **"reconsideración"** del plan. Una "apelación rápida" también se llama una **"reconsideración expedita"**.

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

Una "apelación estándar" generalmente se hace en el plazo de 7 días. Una "apelación rápida" generalmente se hace en el plazo de 72 horas. Si su salud lo exige, pida una "apelación rápida"

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que todavía no ha recibido, usted y su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas deberá 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 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro proveedor que receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si es necesario por su salud obtener una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida".**

- **Para apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito.** En el Capítulo 2 hay información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al** 888-657-4170. En el Capítulo 2 hay información de contacto.
- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito,** incluyendo las solicitudes que se presenten en el formulario de solicitud de determinación de cobertura de modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto y la información relacionada con su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de un período de 60 días calendario** a partir de la fecha en el aviso escrito que enviamos para indicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con la fecha límite y tiene un buen motivo, cuando haga su apelación, explique la razón de la tardanza para hacerla. Podemos darle más tiempo para hacer su apelación. Algunos ejemplos de un buen motivo pueden incluir una enfermedad grave que le evitó comunicarse con nosotros o si le damos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden añadir más información para respaldar su apelación.

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

- Cuando revisamos su apelación, detenidamente volvemos a ver toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando denegamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro profesional que receta para obtener más información.

Fechas límite para una "apelación rápida"

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o todo lo que solicitó,** debemos dar la cobertura que acordamos dar en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explica el motivo por el que dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una "apelación estándar" sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Para apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de recibir su solicitud. Le daremos nuestra decisión más pronto si no ha recibido el medicamento todavía y su condición médica requiere que lo hagamos.
    - Si no le damos una decisión en el plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o todo lo que solicitó,** debemos dar la cobertura tan pronto como sea necesario por su salud, pero no más tarde de **7 días calendario** después de que hayamos recibido su apelación. **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explica el motivo por el que dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Los plazos para una "apelación estándar" sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle una respuesta **en el plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o todo lo que solicitó**, también debemos hacerle el pago en el plazo de 30 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si decimos que no a su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelación y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, eso significa que su apelación continuará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Términos legales
El nombre formal para la "organización de revisión independiente" es **"entidad de revisión independiente"**. A veces se la llama **"IRE"**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decidirá si la decisión que tomamos es correcta o si debemos cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Si decimos que no a su apelación de Nivel 1, la notificación por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** a la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indican quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué fechas límite debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión en el período de tiempo correspondiente, o si tomamos una decisión no favorable con respecto a la determinación "en riesgo" según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos su reclamo automáticamente a la IRE.
- Enviaremos la información referente a su apelación a esta organización. Esta información se conoce como su "expediente del caso". **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso**.
- Tiene derecho a darle 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 revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Fechas límite para la "apelación rápida"

- Si su salud lo necesita, solicite a la organización de revisión independiente que le dé una "apelación rápida".
- Si la organización de revisión acepta darle una "apelación rápida", la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de un período de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.

Fechas límite para la "apelación estándar"

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 7 días calendario** después de que reciba su apelación si es por un medicamento que todavía no ha recibido. Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 14 días calendario** después de que reciba su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Para la "apelaciones rápidas":

- **Si la organización de revisión independiente accede a todo o a una parte de lo que solicitó,** debemos darle la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión **en el plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

Para "apelaciones estándar":

- **Si la organización de revisión independiente accede a todo o a una parte de su solicitud de cobertura,** debemos **darle la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en el plazo de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente dice sí a parte o toda su solicitud de reembolso del pago** de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en el plazo de 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión deniega su apelación?

Si esta organización dice que no a una parte o a toda su apelación, quiere decir que están de acuerdo nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama "confirmar la decisión". También como "rechazar su apelación"). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicar la decisión.
- Notificarle del derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando cumple cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva.
- Decirle el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, usted elige si quiere continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si quiere pasar a una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de Nivel 2.

- Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador se encarga de la Apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este capítulo da más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una estancia en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando se le admite a un hospital, tiene derecho a recibir todos sus servicios de hospital cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estancia cubierta en el hospital, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día que salga del hospital. Ellos ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día en que se va del hospital se llama su "**fecha de alta**".
- Cuando se decida la fecha del alta, el médico o el personal del hospital se lo comunicará.
- Si considera que se le está pidiendo que salga del hospital muy pronto, puede solicitar una estancia en el hospital más larga y evaluaremos su solicitud.

Sección 8.1 Durante su estancia en el hospital como paciente hospitalizado, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sus derechos

En el plazo de dos días después de ingresar en el hospital, se le dará un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o un enfermero), pídalo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea este aviso detenidamente y siéntase en la libertad de hacer cualquier pregunta si no lo entiende.** Lo informa de:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estancia en el hospital, según lo ordene su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde los puede obtener.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estancia en el hospital.

- Dónde reportar cualquier preocupación que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle el alta si cree que le están dando el alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar un atraso en su fecha del alta de manera que cubramos la atención en el hospital por más tiempo.

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para mostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.**
   - Se le pedirá que usted o alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
   - Firmar el aviso indica *solamente* que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica la fecha del alta. Firmar el aviso ***no* significa** que está de acuerdo con una fecha de alta.

3. **Guarde su copia** del aviso para que tenga disponible la información sobre cómo presentar una apelación (o reportar una preocupación sobre la calidad de la atención) si la necesita.
   - Si usted firma el aviso más de dos días antes de su fecha del alta, recibirá otra copia antes de que se le programe su alta.
   - Para ver una copia de este aviso con antelación, puede llamar a Servicios para Miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También podrá ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado por un tiempo más largo, tendrá que utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de que comience, entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la organización para el mejoramiento de la calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

La **organización para el mejoramiento de la calidad** es un grupo de médicos u otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal para revisar 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 el mejoramiento de la calidad en su estado y solicite una revisión de inmediato de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le informa cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, dirección y teléfono de la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para hacer su apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de salir del hospital y **no más tarde de la medianoche del día en que le den el alta.**
  - **Si cumple esta fecha límite**, puede quedarse en el hospital *después* de su fecha del alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de su apelación de la organización para el mejoramiento de la calidad.
  - **Si *no* cumple esta fecha límite** y decide quedarse en el hospital después de la fecha planificada del alta, *puede que tenga pagar todos los costos* de la atención en el hospital que reciba después de la fecha programada para el alta.
- Si pierde la fecha límite para comunicarse sobre su apelación con la Organización para la mejora de la calidad, y todavía quiere apelar, entonces debe hacerlo directamente a nuestro plan. Para obtener información sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4 de este capítulo.

Una vez solicite una revisión inmediata del alta del hospital, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con usted. A más tardar a mediodía del día después de que se comunique con nosotros le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso le da su fecha planificada del alta y explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que se le dé el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del Aviso detallado del alta llamando a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad hace una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de atención médica en la organización para el mejoramiento de la calidad ("los revisores") le preguntarán a usted (a su representante) el motivo por el que cree que debe continuar la cobertura por los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- Los revisores también revisarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos proporcionado.
- Al mediodía del día después de que los revisores nos avisaron de su apelación, usted recibirá de nosotros un aviso por escrito con su fecha del alta planificada. Este aviso también explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que se le dé el alta en esa fecha.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de recibir toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará su respuesta en cuanto a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión dice que *sí*, **debemos seguir dándole servicios de hospital de paciente hospitalizado durante todo el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios**.
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si aplican). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión dice que *no*, están diciendo que la fecha en que se ha programado darlo de alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura por servicios en el hospital para pacientes hospitalizados finalizará** al mediodía del día *posterior* a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión dice que *no* a su apelación y usted decide quedarse en el hospital, entonces **puede que tenga que pagar el costo completo** de la atención en el hospital que reciba después del mediodía del día después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es "no", usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la organización para el mejoramiento de la calidad *denegó* su apelación *y* usted se queda en el hospital después de la fecha en que se ha programado darlo de alta, entonces puede poner otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo poner una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la organización para el mejoramiento de la calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, usted podría tener que pagar el costo total de su estancia después de su fecha planificada para el alta.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de nuevo y pida otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya *denegado* su apelación de Nivel 1. Usted podrá pedir esta revisión solamente si permanece en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad analizarán otra vez, toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En el plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le darán su decisión.

Si la respuesta de la organización es sí:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención en el hospital que ha recibido desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegó su primera apelación. **Debemos seguir dando cobertura para la atención en el hospital como paciente hospitalizado por el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización es no:

- Significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomaron respecto a su apelación de Nivel 1.
- El aviso que recibe le indica por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si quiere continuar con su apelación y pasar al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si quiere pasar a una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador se encarga de la Apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este capítulo da más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Términos legales
A la “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se conoce como una “**apelación expedita**”.

En lugar de eso puede apelar a nosotros

Como se explica arriba, debe actuar rápidamente para empezar su apelación del Nivel 1 del alta del hospital. Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización para el mejoramiento de la calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra manera de poner su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son distintos.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alterna* de Nivel 1

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- **Solicite una “revisión rápida**”. Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándar”. En el Capítulo 2 hay información de contacto.

Paso 2: Hacemos una"revisión rápida" de la fecha de alta programada, para comprobar si el alta era correcta por razones médicas.

- Durante esta revisión, analizaremos toda la información sobre su estancia en el hospital. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Vemos si la decisión de cuándo debe salir del hospital fue justa y si se siguieron todas las normas.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 72 horas después de que pida una "revisión rápida".

- **Si la respuesta a su apelación es sí**, significa que estamos de acuerdo con usted de que aún necesita estar en el hospital después de la fecha del alta. Continuaremos prestándole los servicios cubiertos de hospital de paciente hospitalizado por el tiempo en que sean médicamente necesarios. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que recibió desde la fecha cuando dijimos que terminaba su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.)
- **Si decimos que no a su apelación**, estamos diciendo que la fecha en que se ha programado darlo de alta es médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios finaliza a partir del día que dijimos cobertura habría terminado.
  - Si se quedó en el hospital *después* de la fecha en que se había programado darlo de alta, entonces **puede que tenga que pagar el costo completo** de la atención en el hospital que recibió después de la fecha en que se había programado darlo de alta.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación, su caso *automáticamente* se enviará al siguiente nivel del proceso de apelación.

Paso a paso: Proceso *alternativo* de apelaciones de Nivel 2

Términos legales
El nombre formal para la "organización de revisión independiente" es **"entidad de revisión independiente"**. A veces se la llama **"IRE"**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** No está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decidirá si la decisión que tomamos es correcta o si debemos cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en el plazo de 24 horas a partir del momento en que le digamos que se denegó su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con esta fecha límite u otras fechas límite, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en el plazo de 72 horas.

- Los revisores en la organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si la organización dice *sí* a su apelación,** debemos entonces debemos pagarle nuestra parte de los costos de la atención en el hospital que recibió desde la fecha de su alta planificada. También debemos continuar la cobertura del plan de servicios hospitalarios como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si la organización dice *no* a su apelación,** eso significa que ellos están de acuerdo en que su fecha de alta planificada era médicamente apropiada.
  - El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le dirá cómo comenzar una apelación de Nivel 3, del que se hace cargo un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige si quiere avanzar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si los revisores deniegan su apelación de Nivel 2, usted decide si quiere aceptar la decisión o ir a la apelación de Nivel 3.
- La Sección 10 de este capítulo da más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura terminará muy pronto

Sección 9.1 *Esta sección trata únicamente sobre tres servicios:* atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF)

Cuando está obteniendo **servicios de atención en casa, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios)**, usted tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención por el tiempo en que el cuidado sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, estamos obligados a informárselo con anticipación. Cuando acabe su cobertura de esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de la atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección dice cómo presentar una apelación.

Sección 9.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Términos legales
“Aviso de no cobertura de Medicare”. Le dice cómo puede pedir una **“apelación rápida”.** Solicitar una apelación rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura acerca de cuándo dejaremos de cubrir su atención.

1. **Usted recibió un aviso por escrito** por lo menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. Este aviso le dice:
   - La fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una “apelación por vía rápida” para pedirnos que continuemos cubriendo su atención por un período de tiempo más largo.
2. **A usted, o a alguien que actúe en su nombre, se le pedirá que firme el aviso por escrito para mostrar que lo recibió.** Firmar el aviso indica *solamente* que ha recibido la información de cuándo va a terminar su cobertura. **Firmarlo <u>no</u> significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de detener la atención.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que cubramos su atención por un período tiempo más largo, tendrá que utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de que comience, entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la organización para el mejoramiento de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha final de su atención es médicamente apropiada.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la organización para el mejoramiento de la calidad en su estado y solicite una apelación rápida. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, dirección y teléfono de la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su **apelación antes del mediodía del día** anterior a la fecha de vigencia que consta en el Aviso de no cobertura de Medicare.

Su fecha límite para comunicarse con esta organización.

- Si pierde la fecha límite para comunicarse sobre su apelación con la Organización para la mejora de la calidad, y todavía quiere presentar una apelación, entonces debe hacerlo directamente a nosotros. Para obtener información sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 9.5 de este capítulo.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad hace una revisión independiente de su caso.

Términos legales
"Explicación detallada de no cobertura". Aviso que tiene detalles de los motivos para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de atención médica en la organización para el mejoramiento de la calidad ("los revisores") le preguntarán a usted (a su representante) el motivo por el que cree que debe continuar la cobertura por los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le ha dado.
- Al final del día en que los revisores nos avisen de su apelación, usted recibirá de nosotros la **Explicación detallada de no cobertura** explicando en detalle nuestras razones para terminar nuestra cobertura de sus servicios.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de que tengan toda la información necesaria, los examinadores le darán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores dicen sí?

- Si los revisores dicen que *sí* a su apelación, entonces, **debemos seguir prestándole los servicios cubiertos por todo el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si aplican). Puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores dicen no?

- Si los revisores dicen que *no*, su **cobertura cesará a partir de la fecha que le informamos**.
- Si decide continuar recibiendo atención médica en casa, o atención de centro de enfermería especializada, o los servicios del Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha en que termine su cobertura, entonces, **usted tendrá que pagar el costo completo** de esta atención.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es "no", usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores dicen que *no* a su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo atención después de que termine su cobertura de la atención, entonces puede presentar otra apelación de Nivel 2.

Sección 9.4 Paso a paso: Cómo poner una apelación de Nivel 2 para hacer que su plan cubra su atención durante más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la organización para el mejoramiento de la calidad que revise nuevamente la decisión en su primera apelación. Si la organización para el mejoramiento de la calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar todos los costos de su atención médica en casa o en un centro de enfermería especializada, o los servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le digamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de nuevo y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en el plazo de 60 días** posteriores al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *denegó* su apelación de Nivel 1. Podrá pedir esta revisión solo si siguió recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad analizarán otra vez, toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En el plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de apelación, los examinadores decidirán sobre su apelación y le darán su decisión.

¿Qué sucede si la respuesta de la organización de revisión es sí?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos seguir dando cobertura** para la atención durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y existe la posibilidad de que apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la respuesta de la organización de revisión es negativa?

- Eso significa que ellos están de acuerdo con la decisión tomada respecto a su apelación de Nivel 1.
- El aviso que recibe le indica por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es "no", usted deberá decidir si quiere proseguir con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si quiere pasar a una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador se encarga de la Apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este capítulo da más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 9.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

En lugar de eso puede apelar a nosotros

Como se explicó antes en la Sección 8.3, usted debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar su primera apelación (dentro de un período de un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra manera de poner su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son distintos.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alterna* de Nivel 1

Términos legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se conoce como una **"apelación expedita"**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".

- **Solicite una "revisión rápida**". Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándar". En el Capítulo 2 hay información de contacto.

Paso 2: Nosotros hacemos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos sobre cuando terminar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volveremos a revisar toda la información de su caso. Verificamos si seguimos todas las normas cuando fijamos la fecha para dar por terminada la cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 72 horas después de que pida una "revisión rápida".

- **Si decimos que sí a su apelación,** quiere decir que hemos acordado con usted que necesita servicios por más tiempo, y seguiremos prestando sus servicios cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que recibió desde la fecha cuando dijimos que terminaba su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.)
- **Si decimos que no a su apelación**, entonces su cobertura acabará la fecha que le habíamos dicho y no pagaremos parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo atención médica en casa, en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura, entonces **usted tendrá que pagar el costo total** de esa atención.

Paso 4: Si respondemos "*no*" a su apelación rápida, su caso será *automáticamente* elevado al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Términos legales
El nombre formal para la "organización de revisión independiente" es **"entidad de revisión independiente"**. A veces se la llama **"IRE"**.

Paso a paso: Proceso *alternativo* de apelaciones de Nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** examina la decisión que tomamos cuando dijimos que no a su "apelación rápida". Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que elige Medicare para encargarse del trabajo de ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en el plazo de 24 horas a partir del momento en que le digamos que se denegó su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con esta fecha límite u otras fechas límite, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en el plazo de 72 horas.

- Los revisores en la organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización dice *sí* a su apelación,** debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha cuando dijimos que terminaría su cobertura. Debemos seguir proporcionando la cobertura de su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o por cuánto tiempo seguiremos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización dice *no* a su apelación,** eso significa que ellos están de acuerdo con la decisión de nuestro plan respecto a su primera apelación y no la cambiarán.
- El aviso que recibe de la organización de revisión independiente le indica por escrito lo que puede hacer si quiere continuar con la apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente deniega su apelación, usted elige si quiere avanzar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si quiere pasar a una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador revisa la apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este capítulo da más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y niveles posteriores

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección podría ser apropiada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y se denegaron ambas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no podrá apelar más. La respuesta por escrito que recibe en su apelación de Nivel 2 explicará cómo ponerse presentar una apelación del Nivel 3.

Para la mayoría de situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan de forma muy parecida. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal**, revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o abogado adjudicador a su apelación es sí, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.** A diferencia de una decisión en una apelación de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación del Nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o prestarle el servicio en el plazo de 60 días calendario después de 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 necesaria. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o prestar el servicio en cuestión.
- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o abogado adjudicador a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.**
  - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá habrá información de lo que debe hacer para 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 es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de la apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* haber terminado o *no*.** A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o darle el servicio en los 60 días calendario siguientes a recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.**
  - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo deniega su apelación, el aviso que reciba lo informará de si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5	Un juez en el **Tribunal del distrito federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *si* su solicitud procede o *no*. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del tribunal federal de distrito.

Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección podría ser apropiada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y se denegaron ambas.

Si el valor del medicamento que apeló cumple un cierto monto en dólares, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede apelar más. La respuesta por escrito que recibe en su apelación de Nivel 2 explicará cómo ponerse en contacto y qué hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan de forma muy parecida. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal**, revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones termina.** Debemos **autorizar o darle la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador **en el plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones expeditas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *podría*, o *no*, haber terminado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá habrá información de lo que debe hacer para 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 es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones termina.** Debemos **autorizar o dar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **en el plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones expeditas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *podría*, o *no*, haber terminado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisar la apelación, el aviso que reciba lo informará de si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le dirá con quién debe comunicarse y qué debe hacer después si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez en el **Tribunal del distrito federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *si* su solicitud procede o *no*. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del tribunal federal de distrito.

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el Servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se usa *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, tiempos de espera y servicio al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que resuelve el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿Está insatisfecho con nuestros Servicios para Miembros? • ¿Considera que le está exhortando a retirarse del plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado tiempo para conseguirla? • ¿Le ha tocado esperar demasiado tiempo a los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por Servicios para miembros u otro personal en el plan? o Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera, en la sala de examen o cuando le dan una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o condición de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le dimos el aviso necesario? • ¿Es nuestra información por escrito difícil de entender?

Queja	Ejemplo
Prontitud (Estos tipos de quejas están relacionados con nuestra *prontitud* en cuanto a nuestras decisiones de cobertura y apelaciones)	Si nos 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. A continuación se presentan algunos ejemplos: • Usted nos solicitó una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida" y le dijimos que no; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos las fechas límite para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no estamos cumpliendo las fechas límite para cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos que estaban aprobados; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos las fechas límite necesarias para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo hacer una apelación de queja

Términos legales

- Una **"queja"** también se llama una **"queja formal"**.
- **"Presentar una queja"** también se conoce como **"presentar una queja formal".**
- **"Usar el proceso para quejarse"** es otra manera de decir **"usar el proceso para presentar una queja formal"**.
- Una **"queja rápida"** también se llama una **"queja formal expedita"**.

Sección 11.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

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

- **Generalmente, el primer paso es llamar a Servicios para Miembros.** Si hay algo más que necesita hacer, Servicios para miembros se lo hará saber.

- **Si no quiere llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si pone su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- **Instrucciones para presentar quejas (presentar una queja formal)**
  - **¿Quién puede presentar una queja formal?**
    Usted o alguien que usted nombre puede presentar una queja formal. La persona que elija actúa como su "representante". Puede designar a un familiar, amigo, abogado, defensor, médico o a cualquier otra persona para que actúe en su nombre. Es posible que las personas ya estén autorizadas por un tribunal o por la ley estatal para actuar en su nombre. Si elige a alguien que aún no está autorizado por un tribunal o por la ley estatal, usted y esa persona tendrán que firmar y fechar una declaración que le dé a esa persona un permiso legal para que sea su representante. Para recibir indicaciones para designar un representante, llame a los Servicios para miembros (los números de teléfono están en la parte de atrás de este cuadernillo) o visite nuestro sitio web, www.ChooseUltimate.com.
  - **Para presentar una queja formal verbal o por escrito:**
    puede encontrar los teléfonos y la información de contacto para presentar quejas sobre la atención médica y los medicamentos con receta de la Parte D en el Capítulo 2, Sección 1.
  - **Cuando presente una queja formal, incluya:**
    - Su nombre
    - Dirección
    - Número de teléfono
    - Número de identificación del miembro
    - Un resumen de la queja y cualquier comunicación anterior con nosotros relacionada con la queja
    - La medida que solicita que tomemos
    - Su firma o la de su representante autorizado y la fecha Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual) y pida el formulario de "Nombramiento de Representante". (También está disponible en el sitio web de Medicare en https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le da a esa persona permiso para actuar de su parte. Deben firmarlo usted y la persona que usted desea que actúe de su parte. Deberá darnos una copia del formulario firmado.
  - **Plazos para la queja formal:**
    responderemos su queja formal en un plazo máximo de 30 días calendario a partir del día en que recibamos la solicitud, o en un plazo de 24 horas para las quejas formales expeditas.

- La **fecha límite** para presentar una queja es 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema del que quiere quejarse.

Paso 2: Revisamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Es posible que le respondamos inmediatamente.** Si nos llama por teléfono con una queja, es posible que le demos una respuesta en esa misma llamada.
- **Respondemos la mayoría de las quejas en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora lo beneficia o usted solicita más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendarios más (44 días calendario total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si está presentando una queja porque rechazamos su solicitud a una "respuesta rápida de cobertura" o "apelación rápida", automáticamente se resolverá como "queja rápida".** Si usted tiene una "queja rápida", significa que le daremos una respuesta **en el plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o toda su queja, o no asumimos la responsabilidad por el problema sobre el que se está quejando, incluiremos nuestros motivos en la respuesta que le demos.

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones más:

- **Puede presentar su queja directamente a la organización para el mejoramiento de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en el cuidado de la salud a quienes el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2 hay información de contacto.

O

- **Puede presentar una queja tanto a la Organización para el mejoramiento de la calidad como a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 11.5 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar a 1-877-486-2048.

PROBLEMAS ACERCA DE SUS BENEFICIOS DE MEDICAID

SECCIÓN 12 Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicaid

Esta sección explica los procesos para manejar problemas y preocupaciones relacionadas con los beneficios de Medicaid. Esto incluye problemas sobre si la atención médica está cubierta o no, la forma en que se cubre la atención y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones:

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos en relación con sus beneficios y cobertura o con el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos.

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho con esta decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Para apelar una decisión que tomamos sobre sus beneficios de Medicaid, siga el proceso de apelación de Medicare que se explica en la Sección 6 y la Sección 10 de este capítulo.

Si su apelación fue por un beneficio de Medicaid, rechazamos el beneficio porque no era médicamente necesario y no tiene más niveles de apelación de Medicare disponibles para usted, le enviaremos una carta con instrucciones sobre cómo solicitar una Audiencia Imparcial de Medicaid.

Puede elegir aceptar la decisión del último nivel de apelación de Medicare o pedir una audiencia imparcial de Medicaid. Si decide pedir una Audiencia imparcial de Medicaid, la sección de abajo le explicará cómo pedirla a la Unidad de audiencias de Medicaid de la Agencia para la Administración de Atención Médica (AHCA) y los plazos que debe seguir.

Cómo pedir una audiencia imparcial de Medicaid

Para pedir una audiencia imparcial de Medicaid, usted o su representante autorizado deben comunicarse con la Unidad de audiencias de Medicaid de la Agencia para la Administración de Atención Médica (AHCA) y pedir una revisión de su caso.

Puede comunicarse con la Unidad de audiencias de Medicaid al llamar al 1-877-254-1055 (TDD 1-866-467-4970) o enviar su solicitud por escrito a:

Correo electrónico: MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com
Fax: (239) 338-2642
Correo: AHCA Medicaid Hearing Unit, PO Box 60127, Ft. Myers, Florida 33906

Cuando solicite una Audiencia Imparcial, incluya su nombre, número de teléfono, dirección postal y su email (si está disponible). Dé el nombre del beneficiario de Medicaid, su número de identificación de Medicaid y algunos detalles sobre los servicios que se denegaron, redujeron o interrumpieron. También puede enviar cualquier aviso sobre la solicitud de Audiencia Imparcial. También es importante informar a la Unidad de Audiencias de Medicaid su método de contacto preferido: correo o email.

La Oficina de Audiencias Imparciales revisará su solicitud de Audiencia Imparcial y le enviará una carta confirmando que se recibió su solicitud de Audiencia Imparcial. Esta carta contiene información importante sobre el proceso de Audiencia Imparcial e instrucciones para comunicarse con la Oficina de Audiencias Imparciales. La Oficina de Audiencias Imparciales le enviará más información durante el proceso de Audiencia Imparcial. Es muy importante que lea todos los documentos que le envíe la Oficina de Audiencias Imparciales y que siga cuidadosamente las instrucciones.

Cómo presentar una queja, formalmente conocido como “presentar una queja formal”

El proceso de reclamos se utiliza únicamente para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera, y el servicio al cliente que reciba.

Para presentar una queja sobre sus beneficios de Medicaid, siga el proceso de quejas de Medicare que se explica en la Sección 11 de este capítulo.

CAPÍTULO 10:

Cómo cancelar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en Advantage Plus por Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) puede ser **voluntaria** (su propia elección) o **involuntaria** (no su propia elección):

- Puede que se vaya de nuestro plan porque ha decidido que *quiere* irse. En las Secciones 2 y 3 hay información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay unas cuantas situaciones en las que usted no elige retirarse, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 explica las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si usted se retira de nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionándole atención médica y medicamentos con receta y usted continuará pagando su parte del costo hasta que termine su membresía.

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

Sección 2.1 Es posible que pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare puede cancelar su membresía solo durante ciertas épocas del año. Como tiene Medicaid, es posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de inscripción especiales:

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

Si se inscribió en nuestro plan durante uno de estos períodos, deberá esperar al siguiente período para finalizar su membresía o cambiar a un plan diferente. No puede usar este Período de inscripción especial para cancelar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden hacer cambios desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre durante el Período anual de inscripción. La Sección 2.2 le da más información sobre el Período anual de inscripción.

- **Elija cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:**
  - Otro plan médico de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
  - Medicare Original *con* un plan de medicamentos de venta con receta médica separado de Medicare
  - Medicare Original sin un plan de medicamentos de venta con receta separado de Medicare
    - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

  Nota: Si cancela la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se queda sin cobertura de medicamentos con receta "acreditable" durante un período continuo de más de 63 días, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

  Comuníquese con la Oficina de Medicaid de su estado para conocer sobre sus opciones de plan de Medicaid (los teléfonos están en el Capítulo 2, Sección 6 de este documento).

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Por lo general, su membresía termina el primer día del mes después de que recibamos su solicitud de cambio de plan. Su inscripción en el nuevo plan también se iniciará ese día.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período anual de inscripción

Usted puede terminar su membresía durante el Periodo de inscripción anual (también conocido como el "Periodo anual de inscripción abierta"). Durante ese tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos y decida sobre su cobertura para el año siguiente.

- **El Período anual de inscripción** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija conservar su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente.** Si decide cambiar a un plan nuevo, puede escoger cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan médico de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
  - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

  O

  - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte.

- **Su membresía terminará cuando la cobertura en nuestro nuevo plan** comience el 1 de enero.

Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin cobertura válida de medicamentos con receta por 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si después se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene oportunidad de hacerle *un solo* cambio a su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage** usted puede:
  - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
  - Cancelar la inscripción de nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiar a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado en ese momento.
- **Su membresía terminará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan de Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Medicare Original. Si usted también elige inscribirse en un plan Medicare de medicamentos con receta médica, su membresía en ese plan se iniciará el primer día del mes siguiente a la fecha en que el plan de medicamentos con receta médica reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En algunas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, puede ser elegible para cancelar su membresía en otras épocas del año. Esto se llama un **Período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para terminar su membresía durante un Período de inscripción especial si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a usted. Estos son solo algunos ejemplos; para obtener la lista completa puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Generalmente, cuando se ha trasladado.
- Si tiene Medicaid.
- Si tiene derecho a recibir "Ayuda Adicional" para el pago de sus recetas de Medicare.
- Si violamos nuestro contrato con usted.
- Si recibe cuidado en una institución, como un hogar de enfermería o un hospital de cuidado de largo plazo (LTC).

Nota: Si está en un programa de manejo de medicamentos anual, es posible que no pueda cambiar de planes. En el Capítulo 5, Sección 10 hay más información sobre los programas de manejo de medicamentos.

Nota: La Sección 2.1 le da más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid.

- **Los períodos de tiempo de inscripción varían** dependiendo de su situación.
- **Para averiguar si es elegible para un Período de inscripción especial**, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si tiene derecho a cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos con receta médica. Usted puede elegir:
- Otro plan médico de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Medicare Original *con* un plan de medicamentos de venta con receta médica separado de Medicare

O

- Medicare Original *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte.

  Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin cobertura válida de medicamentos con receta por 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si después se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

Generalmente, su membresía terminará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud de cambiar de plan.

Nota: Las secciones 2.1 y 2.2 le dan más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda adicional.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre terminar su membresía, puede:

- **Llame a Servicios para Miembros.**
- Obtenga más información en el manual ***Medicare y usted 2023***.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan?

El siguiente cuadro explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si quiere cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare.	• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Se le dará de baja automáticamente de Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) cuando comience la cobertura del nuevo plan.
Medicare Original *con* un plan de medicamentos de venta con receta médica separado de Medicare	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos con receta médica de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Se le dará de baja automáticamente de Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) cuando comience la cobertura del nuevo plan.

Si quiere cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de venta con receta separado de Medicare o Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta médica de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática. o Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y pasa 63 días seguidos o más sin una cobertura válida de medicamentos con receta, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información de cómo hacerlo. • También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se le dará de baja de Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) cuando comience su cobertura en Medicare Original.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin cobertura válida de medicamentos con receta por 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si después se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para preguntas sobre los beneficios de la Agencia para la Administración de Atención Médica (AHCA) de Florida, comuníquese con la Agencia para la Administración de Atención Médica (AHCA) de Florida al 888-419-3456 (los usuarios de TTY pueden llamar al 800-955-8771) de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. Pregunte cómo afecta la inscripción en otro plan o el regreso a Medicare Original a su cobertura de la Agencia para la Administración de Atención Médica (AHCA).

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, usted deberá seguir recibiendo servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que termine su membresía con Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP), y empieza su nueva cobertura de Medicare y Medicaid, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos con receta por medio de nuestro plan.

- **Continúe usando nuestros proveedores dentro de la red para recibir la atención médica.**
- **Continúe usando nuestras farmacias o pedido por correo para surtir sus recetas.**
- **Si lo hospitalizan el día en que finaliza su membresía, su estancia en el hospital la cubrirá nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si es después de que se inicie su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y Parte B de Medicare.
- Si deja de ser elegible para Medicaid. Como se mencionó en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para personas elegibles para Medicare y Medicaid. Para seguir inscrito en nuestro plan, Medicare exige que se mantenga elegible para Medicare y Medicaid. Si se avisa al plan de su pérdida de elegibilidad para Medicaid, se lo avisaremos por escrito. El plan continuará dando atención durante 1 mes calendario completo para los miembros que pierdan la elegibilidad de Medicaid, siempre que el plan pueda dar la atención adecuada y se pueda esperar razonablemente que la persona vuelva a cumplir el requisito de elegibilidad en un plazo de 1 mes. Si el miembro no vuelve a calificar dentro del período del plan de elegibilidad continua considerada (1 mes), se cancelará la inscripción del miembro involuntariamente del plan, con el aviso adecuado, al final de este período. El período de elegibilidad continua comienza el primer día del mes siguiente al mes en que la organización dispone de la información relacionada con la pérdida y la comunica al miembro, incluyendo los casos de terminaciones retroactivas de Medicaid.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.

- Si usted está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
    - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en el área de nuestro plan.
- Si se le encarcela (va a prisión)
- Si ya no es ciudadano estadounidense ni está legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente u omite información sobre otro seguro que tenga que dé cobertura de medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos la autorización de Medicare).
- Si continuamente se comporta de una manera perturbadora y esto nos genera una dificultad para prestarle servicios de atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos la autorización de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos la autorización de Medicare).
    - Si cancelamos su membresía por este motivo, Medicare puede pedir que el inspector general investigue su caso.
- Si se requiere que pague un monto adicional por la Parte D debido a su ingreso y no lo paga, Medicare cancelará su inscripción a nuestro plan.

¿Dónde puedo obtener más información?

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para Miembros.

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que se retire de nuestro plan por ningún motivo relacionado con salud

Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP) no puede pedirle que deje el plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si siente que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas del día, 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestras razones para darla por terminada. Además debemos explicarle como puede presentar una queja acerca de nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:
Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social y las reglamentaciones creadas según la Ley de Seguridad Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, pueden aplicar otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aunque las leyes no se incluyan ni expliquen en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

Nosotros no discriminamos por raza, origen étnico, país de origen, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado médico, experiencia de reclamos, historia médica, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que tienen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluyendo el Título VI de la Ley de derechos civiles de 1964 (Civil Rights Act of 1964), la Ley de rehabilitación de 1973 (Rehabilitation Act of 1973), la Ley de discriminación por edad de 1975 (Age Discrimination Act of 1975), la Ley de americanos con discapacidades (Americans with Disabilities Act), la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las otras leyes que se aplican a organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y norma que correspondan por cualquier otro motivo.

Si quiere obtener más información o tiene preocupaciones sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en https://www.hhs.gov/ocr/index.

Si tiene alguna discapacidad y necesita ayuda para obtener acceso a atención, llámenos a Servicios para Miembros. Si tiene una queja, tal como un problema con acceso para sillas de rueda, Servicios para miembros le puede ayudar.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el principal pagador. De acuerdo con las reglamentaciones de CMS en las secciones 422.108 y 423.462 de 42 CFR, Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP), como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría según las reglamentaciones de CMS en las subpartes B a la D de la parte 411 de 42 CFR, y las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12:
Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es algo que se hace si usted está en desacuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de los servicios de atención médica o medicamentos con receta o el pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede hacer una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender servicios que esté recibiendo.

Área de servicio: un área geográfica donde debe vivir usted para inscribirse en un plan médico particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Asistente de atención médica en casa: un asistente de atención médica en casa presta servicios que no necesitan las habilidades de una enfermera o terapeuta autorizado, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios recetados).

Atención de emergencia: los servicios cubiertos que son: 1) prestados por un proveedor calificado para dar servicios de emergencias, y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición de emergencia médica.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de enfermería especializada y de rehabilitación prestados sobre una base continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención incluyen la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo puede administrarlas un enfermero o un médico.

Autorización previa: aprobación por anticipado para obtener servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el formulario.

Ayuda adicional: un programa de Medicare o de un estado 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 coseguros.

Cancelar inscripción o **cancelación de inscripción**: el proceso de dar por terminada su membresía en nuestro plan.

Cantidad mensual ajustada relacionada con los ingresos (IRMAA): si sus ingresos brutos ajustados modificados como los reportó en su declaración de impuestos de IRS de hace 2 años es mayor que cierta cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y una cantidad del ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocida como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se agrega 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.

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que opera exclusivamente con la finalidad de prestar servicios quirúrgicos ambulatorios para pacientes que no necesitan hospitalización y que se espera que la estancia en el centro no sea superior a 24 horas.

Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF): un centro que principalmente presta servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluyendo fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla-lenguaje y servicios de evaluación del entorno de la casa.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro para ayudar a pagar por los medicamentos con receta, vacunas, productos biológicos y otros suministros no cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare para pacientes ambulatorios.

Cobertura válida de medicamentos con receta: cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando adquieren elegibilidad para Medicare, generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare más adelante.

Copago: una cantidad que se le pedirá que pague como su parte de los costos por un servicio médico o suministro, como una visita al médico, visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento con receta. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo $10) y no un porcentaje.

Coseguro: la cantidad que debe pagar, expresada como porcentaje (por ejemplo, el 20%), como su parte del costo de los servicios o los medicamentos con receta.

Costo compartido: costo compartido se refiere a la cantidad que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier cantidad de deducible que el plan pueda imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos, (2) cualquier cantidad fija de “copago” que un plan requiere cuando se recibe un determinado servicio o medicamento, o (3) cualquier cantidad de “coseguro”, un porcentaje de la cantidad total que se paga por un servicio o medicamento, que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Cuidado de compañía: el cuidado de compañía es atención personal que se da en un centro de atención residencial, hospicio u otro entorno cuando no necesita atención médica especializada ni atención de enfermería especializada. Cuidado de compañía, que lo dan personas que no tienen las capacidades ni la formación profesional, incluye ayuda con 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 se brindan a sí mismas, como la aplicación de gotas para los ojos. Medicare no paga por la atención de apoyo.

Deducible: la cantidad que usted debe pagar por la atención médica o recetas antes de que pague nuestro plan.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento que le han recetado está cubierto por el plan y la cantidad que usted debe pagar por la receta, si es el caso. En general, si usted lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que su plan no cubre la receta médica, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal acerca de la cobertura. Las determinaciones de cobertura se llaman “decisiones de cobertura” en este documento.

Determinación de organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar usted por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de organización se llaman “decisiones de cobertura” en este documento.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona normal prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que fallezca (y si está embarazada, la pérdida de un niño no nacido, pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o pérdida o deterioro grave de una función del cuerpo. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): cierto equipo médico que su médico solicita por razones médicas. Los ejemplos incluyen sillas de ruedas, muletas, sistemas eléctricos para colchones, suministros para diabéticos, bombas de infusión de línea intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores ordenados por un proveedor para usar en casa.

Estancia en el hospital como paciente hospitalizado: una estancia en el hospital cuando ingresa formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aún si usted permanece en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado un “paciente ambulatorio”.

Etapa de cobertura catastrófica: la etapa en el Beneficio de medicamentos de la Parte D en la que no paga un coseguro o un copago por sus medicamentos después de que usted u otras personas calificadas hayan gastado en su nombre $7,400 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de sus costos totales por medicamentos, incluyendo las cantidades que usted haya pagado y que su plan haya pagado en su nombre en el año alcancen $4,660.

Evidencia de cobertura (EOC) e Información de divulgación: este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, anexos, o de cobertura opcionales seleccionados, que explican la cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos cubiertos (formulario) (una excepción a la lista de medicamentos cubiertos) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan obliga a que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción a la lista de medicamentos cubiertos).

Facturación de saldo: una situación en la que un proveedor (por ejemplo, un médico u hospital) le factura a un paciente más de la cantidad de costos compartidos permitida. Como miembro de Advantage Plus by Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP), solo tiene que pagar la cantidad de costos compartidos de nuestro plan cuando reciba servicios que cubre este. Nuestro plan no permite que los proveedores “facturen saldos” o le cobren más de la cantidad de costos compartidos que el plan dice que debe pagar.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene contrato 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.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o dar 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.

Gastos de bolsillo: vea arriba la definición de “costos compartidos”. El requisito de costo compartido de los miembros de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como requisito de costo de “bolsillo” del miembro.

Hospicio: un beneficio que ofrece tratamiento especial para un miembro al que certificaron médicament como enfermo terminal, lo que quiere decir que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, como su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos es su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando primas, usted continúa siendo un miembro de nuestro plan. Eso quiere decir que puede seguir obteniendo todos los servicios médicamente necesarios, como así también los beneficios adicionales que ofrecemos.

Indicación médicamente aceptada: el uso de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o que tiene el respaldo de ciertos libros de referencia.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura de acuerdo con la etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: una herramienta de administración que está diseñada para limitar el uso de ciertos medicamentos por motivos de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden ser sobre la cantidad del medicamento que cubrimos por receta médica o para un período de tiempo definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o "Lista de medicamentos"): una lista de los medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Máximo de gastos de bolsillo: la cantidad máxima que paga de gastos de bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y B. Los montos que paga por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta médica no cuentan para la cantidad máxima de gastos de bolsillo. Si es elegible para que Medicaid lo ayude con los costos compartidos de Medicare, no debe pagar ningún gasto de bolsillo para el máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (**Nota:** Como nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos de ellos alcanzan este máximo de gastos de bolsillo.)

Medicaid (o Asistencia médica): un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos de ciertas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas de Medicaid del estado varían, pero la mayor parte de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como Medicaid.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca: un medicamento con receta que lo fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen una fórmula con un ingrediente activo igual al de la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y generalmente no están disponibles sino hasta después de que la patente del medicamento de marca haya caducado.

Medicamentos cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó de la cobertura de la Parte D ciertas categorías de medicamentos. Todos los planes deben cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Medicamentos genéricos: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento "genérico" funciona en la misma manera que un medicamento de marca y generalmente el costo es menor.

Medicare Original ("Medicare tradicional" o Medicare "Pago por servicio"): Medicare Original lo ofrece el gobierno y no un plan médico privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. De acuerdo con Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren al pagar a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica, las cantidades de pago que establece el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepta Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto que aprueba Medicare y usted paga su parte. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todos los Estados Unidos.

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

Miembro (miembro de nuestro plan o "miembro del plan"): una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción está confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Multa por inscripción tardía en la Parte D: una cantidad que se suma a su prima mensual de la cobertura de medicamentos de Medicare si pasa sin cobertura válida (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare) por un período continuo de 63 días o más después de la primera vez que sea elegible para participar en un plan de la Parte D. Si pierde la Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos con receta.

Nivel de costo compartido: cada medicamento incluido en la lista de medicamentos cubiertos está en uno de 5 niveles de costos compartidos. En general, lo más alto el nivel de costo compartido, lo más caro que le será el costo por el medicamento.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención a los pacientes de Medicare.

Parte C: vea “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: el programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de beneficios: la manera como nuestro plan y Medicare Original miden su uso de los servicios en el hospital y en centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención en el hospital de paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) por 100 días seguidos. Si ingresa al hospital o a un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, empezará un período de beneficios nuevo. No hay límite al número de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período de tiempo del 1 de enero al 31 de marzo cuando los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener la cobertura por medio de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona sea elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción inicial: cuando usted es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en que puede inscribirse para la Parte A y la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si usted es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Persona con doble elegibilidad: una persona que tiene derecho a la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de necesidades especiales por condiciones crónicas: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas con necesidades especiales con condiciones crónicas específicas graves o discapacitantes, como se define en el Título 42, CFR, 422.2. Un C-SNP debe tener atributos específicos que superan la prestación de servicios básicos de las Partes A y B de Medicare y la coordinación de la atención que se exige a todos los planes de atención coordinada de Medicare Advantage para poder recibir la designación especial y las adaptaciones de marketing e inscripción previstas para los C-SNP.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de Plan Medicare Advantage que ofrece atención médica más centrada en grupos específicos de personas, como los que tienen Medicare y Medicaid, los que residen en un centro de atención residencial o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Plan de organización de proveedores preferidos (PPO): un Plan de organización de proveedores preferidos es un Plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado atender a los miembros del plan por una cantidad especificada. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan ya sea que se reciban de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. El costo compartido de los miembros generalmente será mayor cuando los beneficios del plan se reciben de los proveedores que no pertenecen a la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre los costos de bolsillo para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite superior sobre los costos de bolsillo combinados totales por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Plan Institucional de Necesidades Especiales (SNP): un plan que inscribe a las personas elegibles que residen continuamente o que se espera que residan de manera continua por 90 días o más en un centro de atención de largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un Centro de enfermería especializada (SNF), centro de enfermería (NF), (SNF/NF); un centro de atención intermedia para personas con discapacidades mentales (ICF/IID), un hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados o centros aprobados por CMS que prestan servicios similares de largo plazo, atención médica que están cubiertos según la Parta A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid, y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención médica similares a los de otros tipos de centros mencionados. Un plan institucional de necesidades especiales debe contar con un acuerdo contractual con (o ser propietario y operador) el o los centros de LTC específicos.

Plan institucional de necesidades especiales equivalente (SNP): un plan que inscribe a las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que necesitan cierto nivel institucional de atención basándose en la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse con la misma herramienta de evaluación del nivel de atención estatal respectiva y deberá realizarla una entidad distinta a la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en un centro de vivienda asistida (ALF, por sus siglas en inglés) contratado si es necesario para garantizar la prestación uniforme de la atención especializada.

Plan Medicare Advantage (MA): en ocasiones llamado la Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para darle todos los beneficios de la Parte A y Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser una i) HMO, ii) PPO, un iii) Plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de cuenta de ahorros para gastos médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**.

Plan médico de Medicare: un plan médico de Medicare lo ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para dar beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Programas de demostración/piloto y los Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE).

Planes de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho a Medicare (título XVIII de la Ley de Seguridad Social) y a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del estado y de la elegibilidad de la persona.

Póliza "Medigap" (Seguro suplementario de Medicare): seguro suplementario de Medicare que venden compañías aseguradoras privadas para cubrir los "períodos sin cobertura" en Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica para cobertura médica o cobertura de medicamentos con receta.

Programa de Descuentos durante el Período sin cobertura de Medicare: programa que da descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos por la Parte D a los miembros de la Parte D que han alcanzado la Etapa de período sin cobertura y que aún no reciben "Ayuda adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y algunos fabricantes de medicamentos.

Protética y ortótica: dispositivos médicos incluyendo, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una función o una parte interna del cuerpo, incluyendo suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas médicos. En muchos planes médicos de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general para los médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para prestar servicios de atención médica. Los **"proveedores de la red"** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total, y en algunos casos, para coordinar y prestar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. A los proveedores dentro de la red también se les llama "proveedores del plan".

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, no pertenecen ni operados por nuestro plan.

Queja formal: un tipo de queja que usted hace sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluyendo una queja sobre la calidad de su atención. Esto no involucra las disputas de cobertura ni el pago.

Queja: el nombre formal para “hacer una queja” es “presentar una queja formal”. El proceso de quejas se usa *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera, y el servicio al cliente que reciba. También incluye quejas si su plan no cumple los períodos de tiempo en el proceso de apelaciones.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que están incapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro social.

Servicios cubiertos por Medicare: los 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 por Medicare no incluye otros beneficios, como de la vista, dental o auditivo, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios necesarios de urgencia: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, prestados cuando los proveedores dentro de la red no están disponibles ni accesibles temporalmente o cuando el miembro está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben necesitarse de inmediato y deben ser medicamente necesarios.

Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Tarifa de suministro: un cargo que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que toma el farmacéutico para preparar y empacar la receta médica.

Tasa de costo compartido diario: se puede aplicar una “tasa de costo compartido diario” cuando su médico le recete menos del suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba hacer un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido entre el número de días en el suministro de un mes. Se presenta, a continuación, un ejemplo: Si su copago por el suministro de un mes de un medicamento es de $30, y el suministro de un mes de su plan es de 30 días, entonces su “tasa de costo compartido diario” es de $1 por día.

Terapia escalonada: una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le había recetado inicialmente.

Servicios de interpretación en varios idiomas de Ultimate Health Plans

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-888-657-4170 (TTY: 711). Someone who speaks English or the needed language can help you. This is a free service.
Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-888-657-4170 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.
Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-888-657-4170 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。
Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-888-657-4170 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。
Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-888-657-4170 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.
French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-888-657-4170 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.
Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-888-657-4170 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí.
German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-888-657-4170 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.
Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-888-657-4170 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.
Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-888-657-4170 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.
Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-888-657-4170)برقيا(117 :. سيقوم شخص. بمساعدتك. هذه خدمة مجانية ما يتحدث العربية

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा योजना से संबंधित आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त इंटरप्रेटर सेवाएं हैं। इंटरप्रेटर प्राप्त करने के लिए, हमें तुरंत 1-888-657-4170 (TTY: 711) पर कॉल करें। जो कोई भी व्यक्ति [हिंदी/गुजराती/थाई] बोलता हो, वह आपकी सहायता कर सकता है। यह सेवा बिलकुल मुफ्त है।
Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-888-657-4170 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.
Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-888-657-4170 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.
French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-888-657-4170 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.
Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-888-657-4170 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.
Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-888-657-4170 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサー ビスです。
Gujarati: અમારા આરોગ્ય અથવા દવાની યોજના વિશે તમને જે કોઈ પણ પ્રશ્નો હોય તેના જવાબ આપવા માટે અમારી પાસે મફત દુભાષિયા સેવાઓ છે. દુભાષિયા મેળવવા માટે, ફક્ત અમને 1-888-657-4170 પર કોલ કરો (TTY: 711). જે વ્યક્તિ [હિન્દી/ગુજરાતી/થાઇ] બોલે છે તે તમને મદદ કરી શકે છે. આ એક મફત સેવા છે.
Thai: เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบข้อสงสัยต่าง ๆ ของคุณเกี่ยวกับแผนด้านสุขภาพและยาของเรา หากต้องการล่าม เพียงโทรติดต่อเราที่ 888-657-4170 (TTY: 711) เจ้าหน้าที่ของเราที่พูดภาษา [ฮินดี/คุชราต/ไทย] จะคอยช่วยเหลือคุณ บริการนี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Servicios para miembros de Advantage Plus de Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP)

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
LLAME AL	888-657-4170 Las llamadas a este número son gratis. Disponible de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, estamos disponibles de lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Servicios para miembros también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Disponible de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo estamos disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
FAX	800-303-2607
ESCRIBA A	Ultimate Health Plans PO Box 3459 Spring Hill, FL 34611
SITIO WEB	www.ChooseUltimate.com

Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) (Florida SHIP)

Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar orientación gratis sobre el seguro médico local a personas con Medicare.

Método	Información de Contactos
LLAME AL	800-963-5337 Las llamadas a este número son gratis.
TTY	800-955-8770 Este número necesita de un equipo especial para el teléfono y únicamente es para personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar. Las llamadas a este número son gratis.
ESCRIBA A	SHINE Program 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399
SITIO WEB	https://www.floridashine.org

Declaración de revelación de la PRA *De acuerdo con la Ley de reducción de trámites burocráticos de 1995 (Paperwork Reduction), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*