



1 de enero – 31 de diciembre de 2025

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 (completo) (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 2025. **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. Esta llamada es gratuita.

Ultimate Health Plans ofrece este plan, Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP). (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Ultimate Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP)).

Este documento está disponible gratis en español y creole. Esta información también está disponible en braille, letra grande y audio.

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

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.

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_035_EOC25_C

Evidencia de cobertura para 2025**Índice**

CAPÍTULO 1: <i>Primeros pasos como miembro</i>	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 (completo) (HMO D-SNP)	11
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	15
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan	15
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....	16
CAPÍTULO 2: <i>Teléfonos y recursos importantes</i>	18
SECCIÓN 1 Contactos de Advantage Plus by Ultimate (completo) (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).....	25
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	27
SECCIÓN 4 Organización para la mejoría de 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	32
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios	34
CAPÍTULO 3: <i>Cómo usar el plan para sus servicios médicos</i>	35
SECCIÓN 1 Qué debe saber sobre cómo obtener la atención médica como miembro de nuestro plan	36
SECCIÓN 2 Use proveedores en 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

Índice

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 a la atención médica	49
SECCIÓN 7	Normas para ser propietario del equipo médico duradero	50
CAPÍTULO 4: <i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)</i>.....		53
SECCIÓN 1	Explicación de sus gastos de bolsillo para los servicios cubiertos	54
SECCIÓN 2	Use la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar	56
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP)?.....	150
SECCIÓN 4	¿Cuáles servicios no están cubiertos por el plan?	150
CAPÍTULO 5: <i>Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D</i>.....		154
SECCIÓN 1	Introducción	155
SECCIÓN 2	Presente sus recetas en una farmacia en 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 <i>no</i> están cubiertos por el plan?	169
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta.....	171
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	172
SECCIÓN 11	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en cuál etapa de pago se encuentra	175
SECCIÓN 12	Información sobre beneficios adicionales.....	177

CAPÍTULO 6: <i>Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D</i>	178
CAPÍTULO 7: <i>Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>	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: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>	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.....	194
CAPÍTULO 9: <i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	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	214
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.....	230
SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y niveles posteriores.....	234
SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el Servicio al cliente u otras inquietudes	237
SECCIÓN 12 Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicaid.....	242

CAPÍTULO 10: <i>Cómo cancelar su membresía en el plan</i>	244
SECCIÓN 1 Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan.....	245
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted cancelar su membresía en nuestro plan?	245
SECCIÓN 3 ¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan?.....	249
SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, usted deberá seguir recibiendo artículos, servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.....	251
SECCIÓN 5 Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones	251
CAPÍTULO 11: <i>Avisos legales</i>	254
SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable.....	255
SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación.....	255
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	256
CAPÍTULO 12: <i>Definiciones de palabras importantes</i>	257

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Está inscrito en Advantage Plus by Ultimate (completo) (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 (completo) (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 (completo) (HMO D-SNP) es un plan Medicare Advantage especializado (un plan de necesidades especiales de Medicare), que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. Advantage Plus by Ultimate (completo) (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 recibirá “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta de Medicare. Advantage Plus by Ultimate (completo) (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 (completo) (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.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

La cobertura según este plan califica como cobertura de salud elegible (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple el requisito individual de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para 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 a los servicios médicos, así como a los medicamentos con receta disponibles para usted como miembro de Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP).

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y qué 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 (completo) (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 (completo) (HMO D-SNP) entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite efectuar cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2025. 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 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP) cada año. Puede continuar recibiendo cobertura de

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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:

- Tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- 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.
- Es ciudadano estadounidense o está legalmente en los Estados Unidos.
- 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 ciertos 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 en un plazo de 2 meses, usted sigue siendo elegible para obtener una membresía en nuestro plan (en la Sección 2.1 del Capítulo 4, se informa sobre la cobertura y los 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.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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 (Qualified Medicare Beneficiary, 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 (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona calificada (Qualifying Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas calificadas que trabajan y con discapacidad (Qualified Disabled & Working Individuals, 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 (completo) (HMO D-SNP)
--------------------	--

Advantage Plus by Ultimate (completo) (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: Condados de 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 Período 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
--------------------	---

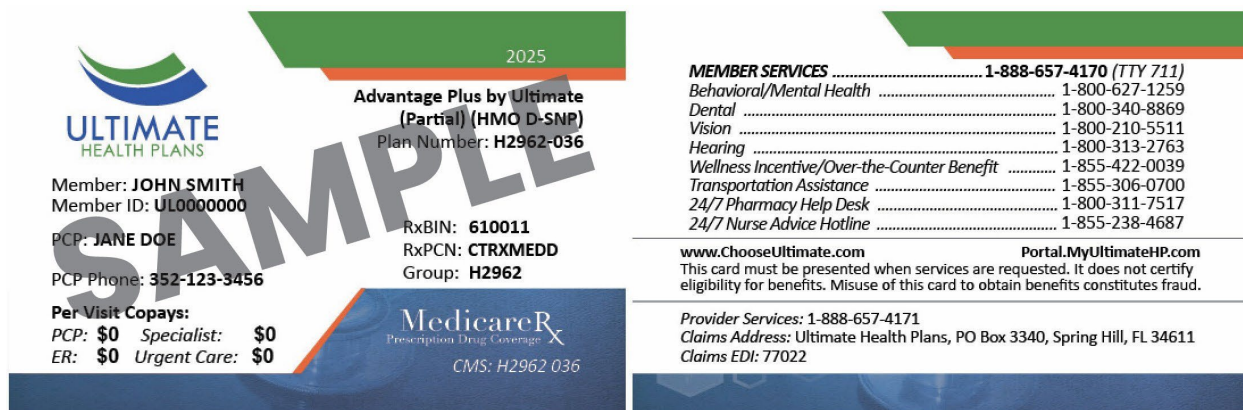
El miembro de un plan médico de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o encontrarse legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid)

notificará a Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP) si no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo. Advantage Plus by Ultimate (completo) (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 en 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 (completo) (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 El Directorio de proveedores y farmacias: su guía de todos los proveedores y farmacias en la red del plan

En el *Directorio de proveedores y farmacias*, se menciona la lista actual de proveedores y farmacias de nuestra red.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

Debe usar proveedores en 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 (completo) (HMO D-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Las **farmacias en 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 en 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.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitarla a Servicios para miembros. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.ChooseUltimate.com.

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 (completo) (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 (completo) (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 esta lista. 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 (completo) (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)

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare difieren para personas con distintos niveles de ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual *Medicare & You 2025 (Medicare y Usted 2025)*, la sección denominada *Costos de Medicare 2025*. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you). O puede solicitar una copia impresa por teléfono 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 4.1 Prima del plan

Usted no tiene que pagar una prima mensual del plan por separado de Advantage Plus by Ultimate (completo) (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 (completo) (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, la multa por inscripción tardía (Late Enrollment Penalty, LEP) no se aplica mientras mantenga esa condición, pero si la perdiera puede incurrir en la LEP. 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 acreditable de medicamentos con receta. Una cobertura acreditable de medicamentos con receta es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare pues se espera que pague, como promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura acreditable de medicamentos con receta. Tendrá que pagar esa multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Usted **no** tendrá que pagarla si:

- Recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Estuvo menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido cobertura acreditable de medicamentos mediante otra fuente como un empleador anterior, sindicato, TRICARE o la Administración de Salud para Veteranos (Veterans Health Administration, VA). Su asegurador o su departamento de recursos humanos le indicarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. 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 acreditable de medicamentos con receta y que se esperaba que pagara tanto como paga el plan estándar de medicamentos con receta de Medicare.
 - **Nota:** Las siguientes *no* son coberturas acreditables 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 2025, la cantidad promedio de la prima es de \$36.78.
- 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 de aquí, sería 14% por \$36.78, lo que equivale a \$5.1492. Esto se redondea a \$5.10. Esta cantidad se agregará a **la prima mensual para una persona con una multa por inscripción tardía en 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.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- 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 en 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 (Income Related Monthly Adjustment Amount) para la Parte D, también conocida como IRMAA. El cargo adicional se calcula usando sus ingresos brutos ajustados modificados como los informó en sus declaraciones de impuestos del 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 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 la cantidad adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad 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).

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

No. No se nos permite que cambiemos la cantidad que cobramos por la prima de plan mensual durante el año. Si la prima del plan mensual cambia para el próximo año, le indicaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía si se adeuda. O es posible que deba empezar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto podría ocurrir si usted adquiere elegibilidad para el programa “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa “Ayuda adicional” a lo largo del año.

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía en la Parte D y se vuelve elegible para “Ayuda adicional” durante el año, podrá dejar de pagar su multa.
- 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 acreditable de medicamentos con receta.

Usted puede encontrar más información sobre el programa de “Ayuda adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluida su dirección y número de teléfono. Este 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 en 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, su cónyuge o pareja de hecho, el empleador de su cónyuge, compensación a los trabajadores o Medicaid)

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- 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 le 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 7 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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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 (End-Stage Renal Disease, 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 o pareja de hecho 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 (completo) (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 (completo) (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. 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. 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 o los medicamentos con receta de la Parte D

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 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 gratis. 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. 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 gratis. 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. 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. 24 horas del día, 7 días de la semana
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. 24 horas del día, 7 días de la semana
FAX	844-403-1028
ESCRIBA A	OptumRx Prior Authorization Department PO Box 2975 Mission, KS 66201
SITIO WEB	www.ChooseUltimate.com

Capítulo 2 Teléfonos y recursos importantes

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. 24 horas del día, 7 días de la semana
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. 24 horas del día, 7 días de la semana
FAX	877-239-4565
ESCRIBA A	OptumRx C/O Appeals Coordinator PO Box 2975 Mission, KS 66201
SITIO WEB	www.ChooseUltimate.com

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

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias en la red, incluyendo respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra las disputas de cobertura o pago. Para más información de cómo presentar una queja sobre la atención médica o los 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	Quejas sobre atención médica: información de contacto
LLAME AL	888-657-4170 Las llamadas a este número son gratis. 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.

Capítulo 2 Teléfonos y recursos importantes

Método	Quejas sobre atención médica: información de contacto
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. 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 DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Advantage Plus by Ultimate (completo) (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. 24 horas del día, 7 días de la semana
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. 24 horas del día, 7 días de 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

Método	Quejas de medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Advantage Plus by Ultimate (completo) (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 nuestra 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 más información.

Método	Solicitudes de pago de atención médica: información de contacto
LLAME AL	888-657-4170 Las llamadas a este número son gratis. 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. 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	800-303-2616
ESCRIBA A	Ultimate Health Plans PO Box 3459 Spring Hill, FL 34611
SITIO WEB	www.ChooseUltimate.com

Capítulo 2 Teléfonos y recursos importantes

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. 24 horas del día, 7 días de la semana
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. 24 horas del día, 7 días de 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 (Centers for Medicare & Medicaid Services) (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 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratis. 24 horas del día, 7 días de la semana

Capítulo 2 Teléfonos y recursos importantes

Método	Medicare: información de contacto
TTY	<p>1-877-486-2048</p> <p>Este número necesita de un equipo especial para el teléfono y únicamente es para personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p>
SITIO WEB	<p>www.Medicare.gov</p> <p>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.</p> <p>El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 de Medicare, planes médicos de Medicare y pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proveen una <i>estimación</i> de lo que pueden ser sus gastos de bolsillo en distintos planes de Medicare. <p>También puede usar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP):</p> <ul style="list-style-type: none">• Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma seriamente sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. <p>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).</p>

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, el SHIP se llama Atención de Necesidades de Seguro Médico de Personas Mayores (Serving Health Insurance Needs of Elders, SHINE).

Atención de Necesidades de Seguro Médico de Personas Mayores (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 asesores de Atención de Necesidades de Seguro Médico de Personas Mayores (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 asesores de Atención de Necesidades de Seguro Médico de Personas Mayores (Serving Health Insurance Needs of Elders, SHINE) también pueden ayudarlo con preguntas o problemas de Medicare, a entender sus opciones de planes de Medicare y a responder preguntas sobre el cambio de planes.

ACCESO A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (haga clic en SHIP LOCATOR [LOCALIZADOR DEL SHIP] en el centro de la página).
- Puede seleccionar su **ESTADO** de la lista. Esto lo llevará a una página con los teléfonos y los recursos específicos de su estado.

Método	Atención de Necesidades de Seguro Médico de Personas Mayores (Serving Health Insurance Needs of Elders, SHINE) (SHIP de Florida): información de contacto
LLAME AL	800-963-5337
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.

Capítulo 2 Teléfonos y recursos importantes

Método	Atención de Necesidades de Seguro Médico de Personas Mayores (Serving Health Insurance Needs of Elders, SHINE) (SHIP de Florida): información de contacto
ESCRIBA A	SHINE Program 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399
SITIO WEB	https://www.floridashine.org

SECCIÓN 4 Organización para la mejoría de calidad

Existe una Organización para la mejoría de calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. La Organización para la mejoría de calidad de Florida se llama Acentra Health.

Acentra Health tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica al que Medicare le paga para revisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

Debe comunicarse con Acentra Health 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 hospitalización termina demasiado pronto.
- 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 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) terminó demasiado pronto.

Método	Acentra Health (Organización para la mejoría de calidad de Florida): información de contacto
LLAME AL	888-317-0751 Días de semana: de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., horarios del Este, Central, de las Montañas, del Pacífico, de Alaska y de Hawái-Aleutianas. Fines de semana y días festivos: de 10:00 a. m. a 4:00 p. m., horarios del Este, Central, las Montañas, el Pacífico, Alaska y Hawái-Aleutianas.
TTY	711

Capítulo 2 Teléfonos y recursos importantes

Método	Acentra Health (Organización para la mejoría de calidad de Florida): información de contacto
ESCRIBA A	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	https://www.acentraqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y encargarse de la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses 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 está recibiendo 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 la cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad, 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	1-800-772-1213 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.

Capítulo 2 Teléfonos y recursos importantes

Método	Seguro Social: información de contacto
TTY	<p>1-800-325-0778</p> <p>Este número necesita de un equipo especial para el teléfono y únicamente es para personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.</p>
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

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 calificada (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas calificadas que trabajan y con discapacidad (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con la Agencia para la Administración de la Atención Médica (Agency for Health Care Administration, AHCA) de Florida.

Capítulo 2 Teléfonos y recursos importantes

Método	Agencia para la Administración de la Atención Médica (AHCA) de Florida: información de contacto
LLAME AL	888-419-3456 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 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.
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 (de 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 del Pueblo de Florida (de la Agencia para la Administración de la Atención Médica [AHCA]): información de contacto
LLAME AL	888-419-3456 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 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.
ESCRIBA A	Agency for Health Care Administration 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308
SITIO WEB	https://ahca.myflorida.com/

Capítulo 2 Teléfonos y recursos importantes

Ayuda a las personas a obtener información sobre los centros de atención residencial y a resolver problemas entre los centros 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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711 Este número necesita de un equipo especial para el teléfono y únicamente es para personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar.
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/basics/costs/help/drug-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

Como usted es elegible para Medicaid, califica y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. No tiene que hacer nada adicional para recibir esta “Ayuda adicional”.

Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda adicional”, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, que atiende las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8:00 a. m. y las 7:00 p. m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Capítulo 2 Teléfonos y recursos importantes

- O bien, a la Oficina Estatal de Medicaid (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto).

Si cree que está pagando una cantidad de costos compartidos incorrecta cuando obtiene su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso que le permite ya sea solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o entregarnos la evidencia si ya la tiene.

- Puede llamar a Servicios para miembros al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 para solicitar asistencia a fin de obtener la mejor evidencia disponible y ayuda para proporcionarle esta evidencia al plan.
- Cuando recibimos la evidencia que demuestra su nivel de copago, actualizamos nuestro sistema para que usted pueda pagar el copago correcto cuando surta su siguiente receta en la farmacia. Si paga más que la cantidad de su copago, le haremos un reembolso. Podemos enviarle un cheque por la cantidad que pagó de más o podemos compensar copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado los copagos y estos copagos representan un pago que usted debe a la farmacia, nosotros podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si el Estado pagó por usted, podemos realizar el pago directamente al Estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para miembros.

¿Qué ocurre si usted tiene Ayuda adicional y cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP)? ¿Qué es el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el 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 el formulario de ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de medicamentos con receta por medio del Programa de Asistencia para 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 sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 850-245-4422.

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	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratis. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, 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, incluidos los fines de semana y los días feriados.
TTY	1-312-751-4701 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 <i>no</i> son gratis.
SITIO WEB	rrb.gov/

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 y equipos médicos; medicamentos con receta; 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 la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que usted paga]*).

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

- Los **proveedores** son los 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.
- Los **proveedores en la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos 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 consulta a un proveedor en la red, usted solo paga su parte del costo de los servicios cubiertos.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, insumos, equipos y medicamentos con receta que cubre nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica están en la tabla 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 (completo) (HMO D-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original.

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

- **La atención que reciba esté incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (esta tabla está en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, insumos, equipos o medicamentos son necesarios para

prevención, diagnóstico o tratamiento de su enfermedad y que cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.

- **Usted tenga un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red que le presta y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para más información sobre esto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe darle una aprobación por anticipado antes de que usted pueda usar otros proveedores en 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 un “referido”. Para más información sobre esto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Los referidos de su PCP no son necesarios 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 más información sobre esto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted reciba su atención de un proveedor en la red** (para más información sobre esto, consulte la Sección 2 en este capítulo). En la mayoría de los casos, el cuidado que recibe de un proveedor 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 fuera de la red. Para 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 costo 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 en la red. Para obtener información sobre la aprobación para ir con un médico 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, los costos compartidos de la diálisis pueden ser mayores.

SECCIÓN 2 Use proveedores en 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?

¿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 los referidos 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 en la red sin que lo refiera 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?

Puede 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

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Servicios para miembros (los números de teléfono están en la parte de atrás de este cuadernillo).

Cómo cambiar su PCP

Usted puede cambiar de PCP en cualquier momento, por cualquier motivo. 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 referir a los pacientes a determinados especialistas. Si su PCP pertenece a uno de estos equipos médicos, normalmente lo referirá a especialistas de la red que recomiende el equipo. Aunque es posible que su PCP normalmente lo refiera 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, dígame 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 un referido 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 (radiografías de los senos), Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba de un proveedor en 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 en la red.
- Servicios de emergencias de proveedores en la red o proveedores fuera de la red.
- Servicios cubiertos por el plan que se necesitan con urgencia, que son servicios que requieren atención médica inmediata que no sean emergencias, siempre que se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o no sea razonable debido

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

a la hora, el lugar y las circunstancias obtener este servicio de proveedores en la red con los que el plan tiene contrato. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias, como los controles anuales, no se consideran necesarias de manera urgente incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro para diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es 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.
- Visitas cubiertas en el consultorio de un dermatólogo, siempre que sean con un proveedor en la red, hasta 5 visitas en las que se refiera 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 en la red.
- Servicios de salud mental cubiertos por Medicare, siempre que sean de un proveedor en 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 en 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 considera que usted necesita un tratamiento especializado, lo referirá a un especialista del plan o a otros proveedores. Debe averiguar con su PCP o con el plan si necesita un referido 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”).

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

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 referir a los pacientes a determinados especialistas. Si su PCP pertenece a uno de estos equipos médicos, normalmente lo referirá a especialistas de la red que recomiende el equipo. Aunque es posible que su PCP normalmente lo refiera 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 en 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.
- Le informaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, se lo informaremos si acudió a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, si actualmente recibe atención de esta persona o si los ha visto en los últimos tres meses, se lo informaremos.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor en la red calificado al que pueda acceder para recibir atención continua.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento o terapias médicas con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que el tratamiento o las terapias médicamente necesarios que está recibiendo continúen, además trabajaremos con usted para garantizarlo.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles y las opciones que pueda tener para cambiar de plan.
- Coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con costos compartidos dentro de la red, cuando un

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

proveedor o beneficio en la red no esté disponible o sea inadecuado para cubrir sus necesidades médicas. Antes de buscar atención, debe obtener una autorización del plan.

- 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 considera que no le hemos facilitado un proveedor calificado para reemplazar 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 la Organización para la mejoría de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO), una queja formal de calidad de la atención al plan, o ambas opciones. Vea el Capítulo 9.

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

Normalmente, debe recibir atención de los proveedores en 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 fuera de la red. Para 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 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 en la red.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro para diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan.

Hable con su PCP antes de solicitar atención de un proveedor fuera de la red. Nos notificarán y solicitarán la autorización previa del plan. Su PCP puede explicar mejor su afección 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 referido previos 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, así como cobertura de atención de emergencia en todo el mundo, 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 la atención de emergencia que le den. Usted u otra persona deberán llamar para informarnos de su atención de emergencia, generalmente en las siguientes 48 horas. Llámenos al 888-657-4170 (TTY 711) 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. para poder ayudarlo.

¿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.

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

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 en 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 en la red para obtener la atención adicional.
- *O bien*, la atención adicional que recibe se considera “servicios necesarios de urgencia” y usted sigue las normas para obtener esta atención urgente (para 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 servicios necesarios de urgencia?

Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no sea una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable, debido a la hora, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de proveedores en la red con los que el plan tiene contrato. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias, como los controles anuales, no se consideran necesarias de manera urgente incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible 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 en la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o accesibles temporalmente y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor en 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 en 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.

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

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 traducida 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 más información sobre este beneficio, incluyendo los costos compartidos. Consulte el Capítulo 7, Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos 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 sitio web www.ChooseUltimate.com para obtener información sobre cómo recibir la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede usar a un proveedor en 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 en la red durante el desastre, puede surtir sus medicamentos con receta en una farmacia que fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para 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 costos 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 nuestra 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 (completo) (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. Antes de pagar el costo de un servicio, consúltenos para ver si el servicio está cubierto por Medicaid.

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 *ensayo clínico*) es una manera en que los médicos y los científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como qué tan bien actúa 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.

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita decirnos ni obtener nuestra aprobación ni la de 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. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que es responsable nuestro plan que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Se incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones nacionales de cobertura que requieren cobertura con evidencia (National Coverage Determinations Requiring Coverage with Evidence Development, NCD-CED) y en las exenciones de dispositivos de investigación (Investigational Device Exemptions, IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Si bien no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica cubierto para los afiliados de Medicare Advantage por Medicare original, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en alguno.

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 hospitalización 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 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

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

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 de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagará 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 CT mensuales como parte del estudio si su afección médica normalmente solo requiere una CT.
- Artículos y servicios que los patrocinadores de la investigación suelen proporcionar de forma gratuita a cualquier participante del ensayo.

¿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 and Clinical Research Studies (Medicare y los estudios de investigación clínica)*. (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una institución religiosa no médica dedicada a la atención médica

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 no médica dedicada al cuidado de la salud debe firmar un documento legal que dice que, de forma consciente, usted se opone a recibir tratamiento médico que **no es 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 el 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 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 (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como el equipo e insumos de oxígeno, las sillas de ruedas, los andadores, los sistemas de colchón eléctrico,

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

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 DME 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 (completo) (HMO D-SNP), 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.

¿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 DME 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.

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 (completo) (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

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Si deja Advantage Plus by Ultimate (completo) (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 durante 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 sale de nuestro plan, empieza de nuevo el ciclo de cinco años.

CAPÍTULO 4:

Tabla 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 una Tabla de beneficios médicos en la que están sus servicios cubiertos y muestra la cantidad que usted pagará por cada servicio cubierto como miembro de Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP). Más adelante en este capítulo, puede encontrar información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos.

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

Las cantidades que paga por los servicios cubiertos dependen del nivel de asistencia que recibe de Medicaid de Florida:

- Si recibe asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid de Florida, es posible que no pague nada por sus servicios cubiertos, siempre y cuando cumpla los requisitos del plan para recibir la atención.
- Si no recibe asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid de Florida, los costos compartidos que puede pagar serán una cantidad de coseguro o copago.

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

- **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 la Tabla 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 la Tabla 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?
--

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 la cantidad máxima 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

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

de Medicare. Este límite se conoce como “cantidad máxima de gastos de bolsillo” (Maximum Out-of-Pocket, MOOP) para servicios médicos. Para el año calendario 2025, esta cantidad es de \$500.

Las cantidades que paga por copagos y coseguro por servicios cubiertos cuentan para esta cantidad máxima de gastos de bolsillo. Las cantidades que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D no cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo. Si llega a la cantidad máxima de gastos de bolsillo de \$500, ya no tendrá que pagar más gastos de bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos. 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 (completo) (HMO D-SNP), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar la cantidad del costo 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 (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solo esa cantidad por cualquier servicio cubierto recibido de un proveedor en 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 en 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 de 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 un referido 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 que el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red únicamente en

ciertas situaciones, como cuando obtiene un referido o para emergencias o fuera del área de servicios para 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 a Servicios para miembros.

SECCIÓN 2 Use la *Tabla 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 (completo) (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, insumos o medicamentos son necesarios para prevención, diagnóstico o tratamiento de su enfermedad y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- En el caso de los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA puede no requerir autorización previa para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- 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 en la red le haya dado un referido. 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 usted pueda visitar a otros proveedores en la red del plan. A esto se le llama darle un “referido”.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- Algunos de los servicios en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor en la red obtiene nuestra aprobación por anticipado (algunas veces llamada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación de forma anticipada 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, incluidos los copagos. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre.
- Como todos los planes médicos 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 & You 2025 [Medicare y Usted 2025]*. 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 2025, 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 (Department of Children and Families, DCF) de Florida. 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

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

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 de la Tabla de beneficios médicos se basa en su nivel de Medicaid. elegibilidad.

Información importante sobre beneficios para todos los afiliados que participan en bienestar y atención médica Servicios de planificación (WHP):

- Porque Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) participa en RX Cost-Share Buy Down, será elegible para los siguientes servicios de WHP, incluido Advance Care Servicios de planificación (ACP):
 - Documentar lo que es importante para usted es importante para obtener la atención que desea cuando estás demasiado enfermo para hablar por ti mismo.
 - Como miembro de nuestro plan, se le proporciona el Health Care Advance Directivas en tu kit de bienvenida. También puede acceder a una copia en línea visitando nuestro sitio web en www.ChooseUltimate.com. Las directivas anticipadas de atención médica incluye las siguientes formas:
 - Testamento vital
 - Designación de Representante de Atención Médica
 - Formulario uniforme de donante
 - Tarjeta imprimible de directivas anticipadas de atención médica
 - Además, si cumple con ciertas condiciones de salud ahora o su estado de salud cambios en el futuro, nuestro plan se comunicará con usted. Un administrador de casos Brindar apoyo para garantizar que tenga una directiva anticipada vigente y que esté poder compartirlo con sus familiares y médicos. Participar en cualquier programa que incluyen planificación de bienestar y atención médica o planificación anticipada de la atención. es voluntario y usted es libre de rechazar el servicio en cualquier momento.
 - Los miembros califican para costo compartido cero para los medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información detalle.


Información importante sobre beneficios para afiliados que califican para “ayuda adicional”:

- Si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de su programa de medicamentos recetados de Medicare, como como primas, deducibles y coseguros, puede ser elegible para otros beneficios específicos beneficios suplementarios y/o costos compartidos reducidos específicos.
- Para obtener más detalles, consulte la Tabla de beneficios médicos a continuación.




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

Tabla de beneficios médicos



Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Un ultrasonido de 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 un referido de su médico, asistente médico, enfermero de práctica avanzada, o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No hay que pagar coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p>
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Se cubren hasta 12 consultas en 90 días para beneficiarios de Medicare en estas circunstancias:</p> <p>Para los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none">• con una duración de 12 semanas o más;• no específico, en cuanto a que no tiene una causa sistémica identificable (por ejemplo, no está asociado con alguna enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.);• no está asociado con operaciones; y• no está asociado con un embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones más para los pacientes que muestren mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente.</p> <p>Se debe suspender el tratamiento si el paciente no mejora o muestra regresión.</p> <p>Los servicios debe prestarlos un proveedor participante en la red de proveedores de servicios de acupuntura del Plan.</p>	<p>\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare.</p>




Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación)</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>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.</p> <p>Los asistentes médicos (Physician Assistants, PA), los enfermeros de práctica avanzada (Nurse Practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialists, 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:</p> <ul style="list-style-type: none">• un título de maestría o doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, 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. <p>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 nuestros reglamentos en las secciones 410.26 y 410.27 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).</p> <p><i>Se debe tener un referido.</i></p>	


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea ante una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención solo si se trata de un miembro para cuya afección se contraindica cualquier otro medio de transporte (ya que podría poner en peligro la salud de la persona) o si está autorizado por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p> <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa a ciertos servicios.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada servicio de ambulancia terrestre cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare.</p> <p>Los costos compartidos se aplican a cada viaje de ida. Debe pagar los costos compartidos en caso de hospitalización.</p>
<p> Visita de bienestar anual</p> <p>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.</p> <p>Nota: La primera visita de bienestar anual no se puede hacer en el período de 12 meses a partir de su visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de <i>Bienvenido a Medicare</i> para estar cubierto para las visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual.</p>
<p>Dispositivo de seguridad para el baño</p> <p>Nuestro plan cubre un (1) dispositivo de seguridad para el baño (luz de noche o luz para el inodoro) por año para evitar caídas.</p> <p>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.</p>	<p>\$0 de copago por un (1) dispositivo por año.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Medición de masa ósea</p> <p>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, incluida la interpretación de los resultados por un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la medida de masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de seno (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p><i>Se pueden aplicar reglas de autorización para el diagnóstico digital. mamografías y no están cubiertos por este beneficio.</i></p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>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 cardíaca que son generalmente más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada visita en la que reciba servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada visita en la que reciba servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Visita para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular)</p> <p>Cubrimos una visita por 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.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la terapia conductual intensiva para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Chequeo de la enfermedad cardiovascular</p> <p>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).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer del cuello uterino y vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los exámenes preventivos cubiertos por Medicare de Papanicolaou y pélvicos.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos solo la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones. <p>Los servicios debe prestarlos un proveedor participante en la red de proveedores de servicios quiroprácticos del Plan.</p> <p><i>Es posible que se apliquen reglas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada visita quiropráctica cubierta por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Están cubiertas las siguientes pruebas de control:</p> <ul style="list-style-type: none">• La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y se cubre una cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no presenten un riesgo elevado o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no presenten un riesgo elevado de cáncer colorrectal y una cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de control previa o un enema de bario.• Sigmoidoscopia flexible para pacientes de mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no presenten un riesgo elevado después de que se les haya realizado una colonoscopia de control. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o del último enema de bario.• Estudios de control de sangre oculta en heces para pacientes mayores de 45 años. Uno cada 12 meses.• Estudio de ADN en heces multiobjetivo para pacientes de entre 45 y 85 años que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Uno cada 3 años.• Estudios de biomarcadores en sangre para pacientes de entre 45 y 85 años que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Uno cada 3 años.• Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de control o la última colonoscopia de control.• Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de control. <p>Los estudios de control del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de control como seguimiento después de un resultado positivo en un estudio de control del cáncer colorrectal no invasivo basado en heces cubierto por Medicare.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para un estudio de control de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el estudio de control se convierte en uno de diagnóstico y queda sujeto a \$0 de copago cuando se realiza en un hospital ambulatorio o \$0 de copago cuando se realiza en un centro independiente.</p> <p>\$0 de copago por cada enema de bario cubierto por Medicare.</p>

Servicios dentales

En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por el Medicare original. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en circunstancias limitadas, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la enfermedad principal de un beneficiario. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia de un cáncer que afecte la mandíbula o los exámenes bucales previos a un trasplante de riñón.

Además, cubrimos:


- 1 evaluación dental cada 6 meses
- 1 limpieza cada 6 meses
- 1 tratamiento con flúor cada 6 meses
- 2 radiografías dentales cada año
- 1 examen oral integral cada 3 años
- 3 empastes por año
- 1 corona por año
- 1 endodoncia por año
- 1 desbridamiento bucal completo 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 cirugía activa por año
- 1 extracción simple por año
- 1 extracción quirúrgica por año
- Extracciones simples y quirúrgicas ilimitadas necesarias para adaptar prótesis dentales



Las prótesis dentales pueden incluir 1 opción de las siguientes por arco cada 5 años:

- Prótesis completa, maxilar o mandibular
- Prótesis inmediata, maxilar o mandibular
- Prótesis parcial maxilar o mandibular, base de resina
- Prótesis parcial maxilar o mandibular, metal fundido, base de resina
- Prótesis parcial maxilar o mandibular, base flexible
- Rebase de prótesis maxilar o mandibular (1 por año)

\$0 de copago por servicios dentales cubiertos por Medicare.

\$0 de copago por servicios dentales de rutina e integrales cubiertos por nuestro beneficio complementario.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <p>Servicios dentales médicamente necesarios que no sean de rutina, como los cubiertos por Medicare original; por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 <p>Limitaciones o restricciones:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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.• Los servicios debe prestarlos un proveedor participante de la red de proveedores dentales del plan. <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	
<p> Pruebas de detección de depresión</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La prueba de detección se debe hacer en un entorno de atención primaria que pueda dar tratamiento de seguimiento y referidos.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de detección de la depresión.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Pruebas de detección de diabetes</p> <p>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 (glucosa) en sangre. Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para hasta dos exámenes médicos de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de la última prueba de detección de diabetes.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertos por Medicare.</p>
<p> Servicios y suministros para capacitación del control de su propia diabetes</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (tanto los que utilizan insulina como los que no la utilizan). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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.	<p>\$0 de copago por suministros de monitoreo de diabetes cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por zapatos o plantillas terapéuticos para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios de capacitación para el control de su propia diabetes cubiertos por Medicare.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) e insumos relacionados</p> <p>(Para la definición de “equipo médico duradero”, vea el Capítulo 12 y el Capítulo 3, Sección 7, de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas eléctricos para colchones, suministros para la diabetes, camas de hospital que ordene un proveedor para usar en casa, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el DME 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.</p>	<p>\$0 de copago por equipo médico duradero cubierto por Medicare.</p> <p>Los costos compartidos para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es \$0 de copago, cada mes.</p> <p>Los costos compartidos no cambiarán después de estar inscrito por 36 meses.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>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.</p> <p>El costo compartido por servicios necesarios de emergencia proporcionados fuera de la red es el mismo para esos servicios proporcionados dentro de la red.</p> <p>El plan cubre la 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.</p>	<p>\$0 de copago por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> <p>\$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.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para paciente hospitalizado después de que se ha estabilizado su afección 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 son los costos compartidos que pagaría en un hospital de la red.</p>


Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Programa de actividad física</p> <p>El programa de actividad física SilverSneakers® es un programa completo de bienestar que incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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.• Hable siempre con su médico antes de empezar un programa de ejercicios. <p>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.</p>	<p>\$0 de copago por programas de actividad física cubiertos.</p>
<p>Asignación flexible</p> <p>La asignación flexible puede usarse para pagar los costos de bolsillo para los servicios de audición, dentales y de la vista. Su asignación se cargará en su tarjeta de beneficios Ultimate, una tarjeta prepaga de beneficios Mastercard®. Puede usar su asignación en los centros de sus proveedores de servicios de audición, dentales y de la vista siempre y cuando acepten Mastercard®.</p> <p>Se aplican las siguientes limitaciones y restricciones:</p> <ul style="list-style-type: none">• No se puede usar a cambio de dinero en efectivo• Solo se puede usar para cubrir los servicios para el miembro• No se puede usar para procedimientos cosméticos• Los dólares de beneficios no usados volverán al plan:<ul style="list-style-type: none">o al final del añoo al finalizar su membresía con el plan	<p>Asignación anual de \$550 para costos de servicios de audición, dentales y de la vista.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Programas de educación para la salud y el bienestar</p> <p>Educación para la salud</p> <p>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. Los servicios de educación los prestan educadores médicos certificados u otros profesionales autorizados, e incluyen acceso a información sobre procesos de enfermedades específicas, tratamientos y terapias con medicamentos, signos y síntomas a los que se debe estar atento, estrategias y técnicas de cuidado personal, restricciones en la alimentación y orientación nutricional mediante material escrito y sesiones individuales e interactivas de asesoría 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 un referido generado por el propio paciente o por un médico.</p> <p>Línea directa de enfermería 24/7</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los programas de educación para la salud y el bienestar.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Asignación para pago de servicios y comidas saludables¹</p> <p>Una asignación mensual cargada a su tarjeta de beneficios Ultimate, una tarjeta prepaga de beneficios Mastercard®, para gastar en tiendas participantes en la compra o el pago de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comida saludable, como verduras, frutas, pan, arroz y más. • Facturas de servicios de electricidad, gas y agua. <p>Limitaciones o restricciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>¹ <i>Beneficio de diseño de seguro basado en el valor</i></p>	<p>Asignación de \$200 cada mes para comidas saludables y servicios.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios para la audición</p> <p>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.</p> <p>Los servicios cubiertos, cuando los presta un proveedor que participa en la red de proveedores de audición del plan, incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 examen de audición de rutina • 1 adaptación o evaluación de audífonos* • Audífonos*: 2 audífonos por año (1 por oído), \$2,000 de límite para audífonos (\$1000 por audífono). El beneficio se aplica solo a los dispositivos. • Garantía de devolución de dinero de 60 días • Garantía del fabricante de 3 años • 60 baterías al año, por audífono (suministro para 3 años) <p>Restricciones/Limitaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los dispositivos que no figuran en el catálogo no están cubiertos. • Los accesorios no están cubiertos y el subsidio de prestación no se puede utilizar para comprarlos. 	<p>\$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio.</p> <p>\$0 de copago por exámenes de audición de rutina complementarios, por adaptación y evaluación de audífonos.</p> <p>\$0 de copago por audífonos hasta la cantidad asignada del beneficio.</p>
<p> Examen médico para detectar el VIH</p> <p>Para las personas que piden una prueba de diagnóstico de VIH o que tienen mayor riesgo de infección de VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta un máximo de tres exámenes de diagnóstico durante un embarazo 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección preventivas de VIH cubiertas por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención de una agencia de atención médica en casa</p> <p>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 de él implica un esfuerzo mayor. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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.


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Terapia de infusión en casa</p> <p>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).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por servicios de terapia de infusión en casa cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Cuidados de hospicio</p> <p>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 6 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 en la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor• Atención de relevo de corto plazo• Atención en el hogar <p><u>Para los servicios de hospicio cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal:</u> 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.</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico terminal:</u> 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).</p>	<p>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 (completo) (HMO D-SNP).</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Cuidados de hospicio (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor en 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) <p><u>Para los servicios cubiertos por Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP), pero no cubiertos por la Parte A o B de Medicare:</u> Advantage Plus by Ultimate (completo) (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.</p> <p><u>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> 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 más información, consulte la Sección 9.3 del Capítulo 5 (<i>¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?</i>).</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vacunas contra la neumonía• Vacunas contra la gripe o influenza, una cada temporada de gripe/influenza en el otoño y el invierno, con vacunas adicionales si es médicamente necesario• Vacunas contra la Hepatitis B si tiene riesgo alto o intermedio de contagiarse hepatitis B• Vacunas contra el COVID-19• Otras vacunas si está en riesgo y cumple las normas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos la mayoría de otras vacunas para adultos según nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D. Para obtener más información, consulte el Capítulo 6, Sección 8.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.</p>
<p>Servicios de apoyo a domicilio</p> <p>Asistencia para servicios como los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de compañía, como jugar a juegos de mesa, ver álbumes de fotos y socializar• Ayuda doméstica, como limpieza ligera, organización y lavandería ligera• Ayuda con mascotas, como rellenarles los recipientes de agua o comida• Actividades de la vida cotidiana, como recordatorio de medicamentos, preparación de comidas, asistencia con las listas de compras <p>Restricciones/Limitaciones</p> <ul style="list-style-type: none">• Debe utilizar el proveedor contratado por el plan.• Debe programarse en incrementos de 2 o 4 horas. <p>Debe utilizar el proveedor contratado por el plan. Para más información o para inscribirse en el programa, llame al 888-884-3614 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a domingo.</p>	<p>\$0 de copago por hasta 30 horas por año de servicios de ayuda en el domicilio.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)



Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención en el hospital para pacientes hospitalizados</p> <p>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.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, sin limitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Alimentación, incluso dietas especiales • 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 para trastornos por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados • 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. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos (al igual que para otros hemoderivados) comienza solo con la primera pinta de sangre que necesite • Servicios de médicos 	<p>Para las estancias en el hospital como paciente hospitalizado cubiertas por Medicare, usted paga lo siguiente: \$0 de copago para los días 1 a 90.</p> <p>\$0 de copago por día para cada día de reserva en toda la vida.</p> <p>Si recibe atención como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de que se estabiliza su emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención en el hospital para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <p>Nota: Para que se le considere un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para ingresarle al hospital formalmente como paciente hospitalizado. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, se le puede considerar un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es paciente interno o ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin costo a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Limitaciones o restricciones:</p> <ul style="list-style-type: none">• El 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 [Skilled Nursing Facility, 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.• El plan también cubre 60 días de reserva en toda la vida. Estos son los días adicionales que cubrimos. Si la hospitalización supera los 90 días, usted puede utilizar estos días adicionales. Los 60 días de reserva en toda la vida se pueden usar por única vez para la atención en hospitales psiquiátricos o de agudos.• A menos que sea una emergencia, su médico debe comunicar al plan que a usted lo van a hospitalizar. <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización.</p> <p>Limitaciones o restricciones:</p> <ul style="list-style-type: none">• El 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.• El plan también cubre 60 días de reserva en toda la vida. Estos son los días adicionales que cubrimos. Si la hospitalización supera los 90 días, usted puede utilizar estos días adicionales. Los 60 días de reserva en toda la 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.• A menos que sea una emergencia, su médico debe comunicar al plan que a usted lo van a hospitalizar. <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>Para las estancias de atención de salud mental para pacientes internados cubiertas por Medicare, usted paga lo siguiente: \$0 de copago para los días 1 a 90.</p> <p>\$0 de copago por días de reserva en toda la vida.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Estancia como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estancia no cubierta como paciente hospitalizado</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 reemplazan 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 <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>Servicios de médicos Consulte la fila <i>Servicios de médicos/proveedores de asistencia médica</i>, incluyendo las visitas en el consultorio del médico.</p> <p>Servicios de diagnóstico y radiológicos, vendajes quirúrgicos y férulas Consulte la fila <i>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</i>.</p> <p>Suministros protésicos, de ortótica y médicos/terapéuticos para pacientes ambulatorios Consulte la fila <i>Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados</i>.</p> <p>Servicios físicos, del habla y de terapia ocupacional Consulte la fila <i>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</i>.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Beneficio de comidas (después de la estancia en un hospital de agudos)</p> <p>Inmediatamente después del alta de un paciente hospitalizado, recibirá 14 comidas durante 1 semana. Este beneficio no tiene un máximo anual.</p> <p>Para pedir comidas, llame a los Servicios para miembros. Busque la información de contacto en el Capítulo 2, Sección 1.</p>	<p>\$0 de copago por beneficio de comidas.</p>
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedades renales (del riñón) (pero no diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo refiere su médico.</p> <p>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 un referido de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar el referido todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubierta por Medicare.</p>
<p> Programa de Prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del Programa de Prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) se cubrirán para beneficiarios elegibles de Medicare bajo los planes médicos de Medicare.</p> <p>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.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de MDPP.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina medicamento necesaria). • Otros medicamentos que se administran utilizando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan. • El medicamento contra el Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico, lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite estudios y pruebas adicionales antes del tratamiento, o durante este, que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico sobre qué estudios y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que se inyectan si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por el trasplante del órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y la Parte B en el momento en que reciba los medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • 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. 	<p>\$0 de copago por medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare. Los costos compartidos para un suministro de un mes están limitados a \$35. No se aplican deducibles por categoría de servicio ni a nivel del plan.</p> <p>\$0 de copago por medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.• Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos contra el cáncer oral, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí.• Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que se usan como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, durante ese tiempo o dentro de ese rango horario, o se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas.• Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de ESRD de la Parte B lo cubre.• Medicamentos calcimiméticos conforme al sistema de pago de ESRD, incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®.• Ciertos medicamentos para diálisis en casa, incluida la heparina, el antídoto para heparina cuando sea médicamente necesario, los anestésicos tópicos.	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones (como Epogen[®], Procrit[®], Retacrit[®], epoetina alfa, Aranesp[®], darbepoetina alfa, Mircera[®] o metoxipolietilenglicol-epoetina beta). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda). <p>También cubrimos algunas vacunas según nuestra Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos conforme a nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.</p> <p>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.</p> <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	
<p> Examen médico y tratamiento de obesidad para promover una pérdida sostenida de peso</p> <p>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.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de la obesidad y la terapia preventiva.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios del programa de tratamiento por opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opiáceos (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir cobertura para tratar el OUD mediante un programa de tratamiento de opiáceos (Opioid Treatment Program, OTP) que incluya los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides para el tratamiento asistido con medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA)• Suministro y administración de medicamentos para MAT (si corresponde)• Consejería por el trastorno de consumo de sustancias• Terapia individual y de grupo• Pruebas de toxicología• Actividades de admisión• Evaluaciones periódicas <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por servicios de tratamiento por opioides cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos (al igual que para otros hemoderivados) comienza solo con la primera pinta de sangre que necesite • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>Radiografías para paciente ambulatorio \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios de radiología terapéutica \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare (como el tratamiento de radiación para el cáncer).</p> <p>Suministros médicos \$0 de copago para suministros cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios de laboratorio Entre \$0 y \$25 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios de sangre \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios de radiología de diagnóstico \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare (como MRI y CT).</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Observación de pacientes ambulatorios en el hospital</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, se le puede considerar un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin costo a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>\$0 de copago por servicios de observación ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios en el hospital para pacientes ambulatorios</p> <p>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.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, se le puede considerar un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin costo a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Servicios de emergencias Consulte la fila <i>Atención de emergencia</i>.</p> <p>Cirugía ambulatoria Consulte las filas <i>Cirugía de paciente ambulatorio</i>, <i>incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria y Observación de pacientes ambulatorios en el hospital</i>.</p> <p>Pruebas de diagnóstico y de laboratorio, radiografías, servicios radiológicos y suministros médicos Consulte la fila <i>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</i>.</p> <p>Atención de salud mental y hospitalización parcial Consulte las filas <i>Atención de salud mental y hospitalización parcial y Servicios de hospitalización parcial e intensivos para pacientes ambulatorios</i>.</p> <p>Medicamentos y productos biológicos que no se puede dar a sí mismo Consulte la fila <i>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</i>.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Los servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico autorizado por el Estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional autorizado (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta matrimonial y familiar autorizado (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT), enfermero de práctica avanzada (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de la salud mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes estatales vigentes.</p>	<p>\$0 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare con un psiquiatra.</p> <p>\$0 de copago por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare con un psiquiatra.</p> <p>\$0 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare con un profesional de atención de salud mental (no psiquiatra).</p> <p>\$0 de copago por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare con un profesional de atención de salud mental (no psiquiatra).</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>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 Integrales de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF).</p> <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada visita de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios para trastornos por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>La cobertura incluye los servicios de tratamiento que se brindan en el departamento ambulatorio de un hospital a pacientes que, por ejemplo, se les dio de alta de una internación para el tratamiento del abuso de sustancias o que requieren tratamiento, pero no necesitan la disponibilidad e intensidad de los servicios que se prestan solo en el entorno hospitalario para pacientes internados.</p> <p>La cobertura disponible para estos servicios está sujeta a las mismas reglas generalmente aplicables a la cobertura de servicios hospitalarios ambulatorios.</p>	<p>\$0 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada visita de terapia de grupo cubierta por Medicare.</p>
<p>Cirugía de paciente ambulatorio, incluyendo los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria</p> <p>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. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, se le puede considerar un paciente ambulatorio.</p> <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>Usted paga \$0 de copago para servicios quirúrgicos cubiertos por Medicare en un centro de cirugía ambulatorio.</p> <p>Usted paga \$0 de copago para servicios quirúrgicos cubiertos por Medicare en un centro hospitalario ambulatorio.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Beneficios en artículos de venta libre (OTC)</p> <p>Los artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) son medicamentos y productos relacionados con la salud que no requieren receta. Los fondos de la asignación se cargan automáticamente a su tarjeta de beneficios Ultimate, una tarjeta prepaga de beneficios Mastercard®.</p> <p>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. Para ver la información de contacto, consulte el Capítulo 2, Sección 1.</p> <p>Limitaciones o restricciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo se pueden comprar artículos OTC para el miembro. • Este beneficio consta de medicamentos OTC aprobados por Medicare y está limitado a artículos OTC disponibles en la lista de OTC del plan. • Los fondos no usados vencen al final de cada mes. 	<p>Hasta \$125 de asignación cada mes para artículos OTC aprobados por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)


Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de hospitalización parcial e intensivos para pacientes ambulatorios</p> <p><i>Hospitalización parcial</i> 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, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consultorio de consejero profesional autorizado y es una alternativa a la hospitalización del paciente.</p> <p>El <i>servicio ambulatorio intensivo</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en el departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intensivo que la atención recibida en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consultorio de consejero profesional autorizado y es una alternativa a la hospitalización del paciente.</p> <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por día para servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare y servicios ambulatorios intensivos.</p>
<p>Servicios de médicos/proveedores de asistencia médica, incluyendo las visitas en el consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 equilibrio hechos por su PCP, si su médico los ordena para saber si necesita tratamiento médico 	<p>\$0 de copago por cada visita de atención primaria cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada visita a un especialista cubierta por Medicare.</p> <p>Por cada visita cubierta por Medicare a otros profesionales de la salud (como enfermeros de práctica avanzada y asistentes médicos), usted paga un copago de \$0.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de médicos/proveedores de asistencia médica, incluyendo las visitas en el consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• 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:<ul style="list-style-type: none">○ Usted tiene una visita en persona en el plazo de 6 meses antes de su primera visita de telesalud○ Usted tiene una visita en persona cada 12 meses mientras esté recibiendo esos servicios de telesalud○ 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:<ul style="list-style-type: none">○ No es paciente nuevo y○ La consulta breve no se relaciona con una visita en el consultorio en los últimos 7 días y○ La consulta breve no lleva a una visita en el consultorio en el plazo de 24 horas ni en la fecha más próxima disponible para cita• 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:<ul style="list-style-type: none">○ No es paciente nuevo y	


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de médicos/proveedores de asistencia médica, incluyendo las visitas en el consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La evaluación no se relaciona con una visita en el consultorio en los últimos 7 días y ○ La evaluación no lleva a una visita en el consultorio 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 en 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) <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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 <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada visita en la que reciba servicios de podología cubiertos por Medicare.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Examen médico para detectar el cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente; una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen rectal digital • Prueba de antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA) 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA.</p> <p>\$0 de copago por un examen rectal digital anual cubierto por Medicare.</p>
<p>Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados</p> <p>Los dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de una función o parte del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; así como: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos, y la reparación o el reemplazo de este tipo de dispositivos. También incluye algo de cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas. Consulte Atención para la vista más adelante en esta sección para más detalles.</p> <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por dispositivos protésicos y ortopédicos cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave y tienen un referido del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.</p> <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada visita en la que reciba servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Evaluación y orientación para reducir el abuso del alcohol</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de evaluación y orientación para reducir el abuso del alcohol cubierto por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Examen médico de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>En el caso de las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses.</p> <p>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 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 profesional calificado que no sea un médico.</p> <p><i>Para las pruebas médicas de cáncer de pulmón con LDCT después de la evaluación con LDCT inicial:</i> el miembro debe recibir una orden para el examen de cáncer de pulmón con LDCT, que se le puede dar durante cualquier visita apropiada con un médico o un profesional calificado que no sea un médico. 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.</p>	<p>No hay copago, coseguro ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas o para la LDCT cubiertas por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Pruebas médicas para infecciones de transmisión sexual (STI) y orientación para prevenir las STI</p> <p>Cubrimos exámenes de diagnóstico de infecciones de transmisión sexual (Sexually Transmitted Infections, 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 padecer una STI cuando las pruebas son ordenadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos 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.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de pruebas médicas y orientación para STI cubierto por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios para tratar la enfermedad renal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 referidos por sus médicos, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación de enfermedades renales de forma vitalicia • 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) <p>Algunos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, diríjase a la sección Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.</p> <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por los servicios educativos sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios de diálisis cubiertos por Medicare.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>(Para obtener una definición de “atención en un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de este documento. A los centros de enfermería especializada a veces se los llama “SNF”).</p> <p>Está cubierto durante 100 días por período de beneficio para estancias en SNF cubiertas por Medicare. Los servicios cubiertos incluyen, sin limitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos (al igual que para otros hemoderivados) comienza solo con la primera pinta de sangre que necesite • 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 médicos/proveedores de asistencia médica <p>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 en la red, si el centro acepta las cantidades que paga nuestro plan.</p>	<p>No se requiere estancia en el hospital como paciente hospitalizado antes del ingreso.</p> <p>Para las estancias en SNF cubiertas por Medicare, usted paga lo siguiente: \$0 de copago para los días 1 a 100.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• 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).• Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho viva en el momento que usted salga del hospital. <p>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.</p> <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Eliminación del uso del tabaco (consejos para dejar de fumar y usar tabaco)</p> <p><u>Si utiliza tabaco, pero no tiene señales ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> Cubrimos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento en un periodo de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. El servicio de consejería incluye hasta cuatro consultas individuales.</p> <p><u>Si consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que el tabaco podría afectar:</u> 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. El servicio de consejería incluye hasta cuatro consultas individuales.</p> <p>Después de alcanzar el límite de beneficios cubierto por Medicare, este plan ofrece sesiones adicionales para dejar de fumar y consumir tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos una cantidad ilimitada de intentos sin ningún costo extra. El servicio de consejería incluye hasta cuatro consultas individuales. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar y de usar tabaco cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada sesión adicional para dejar de fumar y de consumir tabaco.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)


Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Terapia de ejercicio supervisada (SET)</p> <p>La terapia de ejercicio supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática y un referido para PAD del médico responsable del tratamiento con PAD.</p> <p>Hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas están cubiertas si se cumplen los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento 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. • 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. <p>SET puede estar cubierto más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período extendido si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	<p>\$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.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)



Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de transporte</p> <p>Nuestro plan cubre viajes ilimitados de ida cada año a lugares de salud que aprueba el plan.</p> <p>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 llegada prevista, dirección y teléfono de destino, y, si visita a un proveedor, el nombre del médico o proveedor de atención médica.</p> <p>Limitaciones o restricciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las cancelaciones deben hacerse con 24 horas de antelación. • Los miembros no pueden ser transportados a casa desde un cita donde serán sedados sin pasajero. • Las ubicaciones aprobadas por el plan incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Citas de PCP/especialistas ○ Banco ○ Laboratorios y centros de imágenes. ○ Oficina de Correos ○ Despensa de alimentos ○ Farmacias ○ Tienda de comestibles ○ Gimnasio/Ubicaciones de fitness ○ Asuntos de Veteranos (VA) 	<p>\$0 de copago por viaje de ida para servicios de transporte.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios necesarios de urgencia</p> <p>Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no sea una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o incluso si está dentro del área de servicio del plan, o si no es razonable, debido a la hora, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de proveedores en la red con los que el plan tiene contrato. Su plan debe cubrir servicios que se necesitan con urgencia y cobrarle únicamente los costos compartidos dentro de la red. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias, como los controles anuales, no se consideran necesarias de manera urgente incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.</p> <p>La cobertura de atención de urgencia está limitada a dentro de los EE. UU.</p>	\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Atención para la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • Para personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez por 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) <p>Beneficios complementarios adicionales*:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 examen de la vista de rutina por año. • Anteojos: la cantidad del beneficio del valor de venta al público anual puede aplicarse solo a una de las siguientes opciones: <ul style="list-style-type: none"> ○ Opción 1: lentes de contacto y adaptación de lentes de contacto O 1 par de anteojos estándares monofocales, bifocales o trifocales ○ Opción 2: elección de 3 pares estándares de anteojos, monturas y lentes selectos • Las mejoras incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Lentes progresivos estándares o lentes fotocromáticos ○ Protección ultravioleta o revestimiento resistente a rayones 	<p>Atención para la vista cubierta por Medicare</p> <p>\$0 de copago por cada examen de la vista para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo.</p> <p>\$0 de copago por una evaluación anual de glaucoma.</p> <p>\$0 de copago por un par de monturas o lentes de anteojos o lentes de contacto selectos después de una operación de cataratas.</p> <p>Atención complementaria para la vista cubierta</p> <p>\$0 de copago por examen de la vista no cubierto por Medicare.</p> <p>\$500 de límite anual del beneficio de valor de venta al público para anteojos y lentes.</p> <p>\$0 de copago por mejoras cubiertas.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Atención para la vista (continuación)</p> <p>Limitaciones o restricciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anteojos o lentes de contacto: límite de cobertura del plan de \$500 por año para el costo de venta al público total combinado hasta el máximo del beneficio. • No hay límite para los lentes que el proveedor considere médicamente necesarios para después de la operación de cataratas. • Los servicios debe prestarlos un proveedor participante en la red de proveedores de servicios de la vista del Plan. <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	
<p> Visita preventiva de Bienvenido a Medicare</p> <p>El plan cubre la visita preventiva única de <i>Bienvenido a Medicare</i>. 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 referidos para otra atención si se necesita.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i> 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 <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Beneficios adicionales de Medicaid	Los costos compartidos en este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
<p>Servicios para alergias</p> <p>Medicaid cubre los servicios médicamente necesarios para alergias para dar procedimientos de diagnóstico 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.</p> <p>Estos servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de IgE específicas in vitro • Pruebas de la piel intracutáneas • Pruebas de la piel percutáneas • Prueba de desafío de ingestión <p>Inmunoterapia con alérgenos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios del centro de cirugía ambulatoria (ASC)</p> <p>Medicaid cubre los servicios médicamente necesarios para los artículos y servicios que normalmente se dan para hacer una cirugía, incluyendo los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de anestesia • Procedimientos dentales • Medicamentos y agentes biológicos • Equipos • 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 del centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, 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 <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de anestesia</p> <p>Medicaid cubre los siguientes servicios de anestesia médicamente necesarios, incluido el manejo de la anestesia general para hacer que un beneficiario sea insensible al dolor y al estrés emocional durante los procedimientos médicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos quirúrgicos • Procedimientos médicos • Procedimientos obstétricos • Procedimientos dentales • Anestesia epidural durante un máximo de 360 minutos de anestesia epidural para un parto vaginal o por cesárea • Atención de anestesia supervisada (Monitored Anesthesia Care, MAC) cuando se factura con los códigos de anestesia, cuando los proveedores anticipan que un beneficiario puede: <ul style="list-style-type: none"> ○ requerir anestesia general ○ desarrollar una reacción fisiológica adversa durante el procedimiento quirúrgico <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>
<p>Servicios de atención de asistencia</p> <p>Medicaid cubre los siguientes servicios de atención de asistencia para los beneficiarios elegibles que viven en centros que requieren servicios integrados las 24 horas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo médico • Asistencia con las actividades cotidianas (Assistance with Daily Living Skills, ADL) • Asistencia con las actividades instrumentales cotidianas (Instrumental Assistance with Daily Living Skills, IADL) • Asistencia con la autoadministración de medicamentos <p>Esto incluye a los residentes de centros de vivienda asistida (Assisted Living Facilities, ALF) autorizados, hogares de cuidado familiar para adultos (Adult Family Care Homes, AFCH) y centros de tratamiento residencial (Residential Treatment Facilities, RTF).</p> <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de evaluación de salud conductual</p> <p>Medicaid cubre los siguientes servicios de evaluación de salud conductual médicamente necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación biopsicosocial • Examen breve del estado de salud 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 <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>
<p>Servicios de apoyo comunitario de salud conductual</p> <p>Medicaid cubre los siguientes servicios de salud conductual de la comunidad médicamente necesarios, incluidos 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones • Servicios médicos y psiquiátricos • Terapias individuales, grupales y familiares • Servicios de rehabilitación <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de intervención de salud conductual</p> <p>Medicaid cubre los siguientes servicios de evaluación de salud conductual médicamente necesarios para permitir que los beneficiarios desarrollen sus actividades 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios diurnos de salud conductual para personas de entre 2 y 5 años • Servicios terapéuticos conductuales en el lugar para menores de 21 años <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>
<p>Servicios de administración de medicamentos de salud conductual</p> <p>Medicaid cubre los siguientes servicios de administración de medicamentos para la salud del comportamiento (Behavioral Health Medication Management, BHMM) médicamente necesarios, incluidos tratamientos 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos para la salud conductual • Tratamiento asistido por medicamentos • Manejo de medicamentos <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios complementarios de salud conductual</p> <p>Medicaid cubre los servicios complementarios de salud conductual médicamente necesarios para miembros menores de 21 años, incluidos los servicios de salud mental, por consumo de sustancias y de apoyo. Los servicios complementarios 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.</p> <p>Se cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia individual, familiar y grupal • Manejo de la conducta • Apoyo terapéutico <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>
<p>Servicios de terapia de salud conductual</p> <p>Medicaid cubre los servicios de terapia de salud conductual médicamente necesarios, incluidas la documentación, educación y referidos.</p> <p>Se cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapia médica individual breve • Terapia médica de grupo breve • Terapia individual y familiar • Terapia de grupo <p>Los grupos pueden incluir participantes que no sean elegibles para Medicaid y deben tener entre 2 y 15 participantes.</p> <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cardiovasculares</p> <p>Medicaid cubre los siguientes servicios cardiovasculares médicamente necesarios para diagnosticar y tratar trastornos del corazón y del sistema vascular extendido.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Administración de casos específicos de salud infantil</p> <p>Medicaid cubre los servicios de administración de casos específicos de salud infantil médicamente necesarios para 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.</p> <p>Los beneficiarios de Medicaid que cumplan los siguientes criterios pueden recibir servicios de administración de casos específicos de Child Health Services.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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, hogar de ancianos, centro de cuidados intermedios ni institución para enfermedades mentales según los requisitos de cobertura y limitaciones. <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Medicaid cubre los siguientes servicios de administración de medicamentos Servicios quiroprácticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una visita de paciente nuevo más 23 visitas de pacientes establecidos por año o 24 visitas de pacientes establecidos por año • Radiografías <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios del Departamento de Salud del Condado (CHD)</p> <p>Medicaid cubre los siguientes servicios del Departamento de Salud del Condado (County Health Department, CHD) médicamente necesarios para la atención médica preventiva, servicios de diagnóstico relacionados y servicios dentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes médicos para adultos • Exámenes de control médico infantil • Exámenes de detección y tratamiento de enfermedades contagiosas (infecciones de transmisión sexual, tuberculosis y VIH/SIDA) • Dental • Planificación familiar • Vacunas • Atención médica básica • Atención prenatal y obstétrica • Servicios de enfermeras registradas <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>
<p>Servicios dentales</p> <p>Servicios cubiertos por Medicaid que se consideran médicamente necesarios para personas menores de 21 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coronas • Profilaxis oral, 1 en un período de 181 días • Restauraciones • Selladores, una vez por diente (molar permanente), cada 3 años <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de diálisis</p> <p>Medicaid cubre los servicios médicamente necesarios de diálisis incluida toda la supervisión y administración de la rutina del tratamiento de diálisis, insumos médicos duraderos y desechables, equipos, análisis de laboratorio, servicios de apoyo, medicamentos parenterales, categorías de medicamentos aplicables (incluidas sustituciones) y toda la capacitación y el monitoreo necesarios para beneficiarios que reciben tratamiento de diálisis peritoneal.</p> <p>Los tratamientos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de hemodiálisis • Tratamientos de diálisis peritoneal <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>
<p>Equipo médico duradero (DME) e insumos relacionados</p> <p>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 DME y suministros médicos médicamente necesarios según los requisitos de cobertura y limitaciones.</p> <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de intervención temprana</p> <p>Medicaid cubre los siguientes servicios de intervención temprana para los menores de 3 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 (Department of Health):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 de servicios de intervención temprana (Early Intervention Services, EIS) por semana (máximo de 4 por día) por beneficiario que incluya lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 ○ capacitar a los padres para implementar estrategias de intervención para minimizar los posibles efectos adversos y maximizar el desarrollo saludable ○ las sesiones grupales deben incluir dos o más beneficiarios <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de evaluación y administración</p> <p>Medicaid cubre los siguientes servicios de evaluación y administración médicamente necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de exámenes médicos para adultos <ul style="list-style-type: none"> ○ una evaluación médica para adultos cada 365 días, para beneficiarios mayores de 21 años • Servicios de control médico infantil <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 <ul style="list-style-type: none"> ○ una visita de evaluación y administración por mes, por beneficiario • Visitas en el consultorio <ul style="list-style-type: none"> ○ según sea médicamente necesario para los beneficiarios menores de 21 años y las beneficiarias embarazadas mayores de 21 años ○ hasta dos visitas en el consultorio al mes, por especialidad, para los beneficiarios mayores de 21 años • Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios en un centro de salud aprobado por el gobierno federal</p> <p>Medicaid cubre la siguiente atención primaria ambulatoria y servicios de diagnóstico relacionados médicamente necesarios hasta tres visitas por día, por beneficiario:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de atención gastrointestinal</p> <p>Medicaid cubre los siguientes servicios gastrointestinales para dar procedimientos de diagnóstico y terapéuticos relacionados con los trastornos digestivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de cirugía digestiva, incluido lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ cirugías bariátricas restrictivas que encogen el tamaño del estómago y reducen la cantidad de comida que puede contener ○ cirugías bariátricas malabsortivas que reorganizan o eliminan parte del sistema digestivo limitando la cantidad de calorías y nutrientes que se pueden absorber ○ cirugías bariátricas combinadas que combinan técnicas restrictivas y malabsortivas ○ revisiones, reversiones o conversiones de cirugía bariátrica por complicaciones de la cirugía • Gastroenterología • Fisiología gástrica <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>
<p>Servicios de atención genitourinaria</p> <p>Medicaid cubre los siguientes servicios genitourinarios para dar procedimientos de diagnóstico y terapéuticos relacionados con trastornos genitales y urinarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de cirugía endocrina • Endocrinología • Servicios de cirugía genital femenina • Servicios de cirugía genital masculina • Servicios de cirugía urinaria <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios para la audición</p> <p>Servicios cubiertos por Medicaid que se consideran médicamente necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de diagnóstico audiológico <ul style="list-style-type: none"> o cuando sea médicamente necesario mediante un examen médico o para documentar el resultado del tratamiento • Audífonos anclados al hueso (Bone Anchored Hearing Aids, BAHA) <ul style="list-style-type: none"> o para los beneficiarios que documentaron una pérdida auditiva profunda y severa en uno o ambos oídos de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dispositivo implantado para beneficiarios mayores de cinco años ▪ Dispositivo de no implantación (softband) para beneficiarios menores de cinco años • Implantes cocleares <ul style="list-style-type: none"> o para beneficiarios mayores de 12 meses que tengan una pérdida auditiva neurosensorial bilateral de profunda a grave documentada • Audífonos <ul style="list-style-type: none"> o para beneficiarios que tienen una pérdida auditiva moderada o mayor, incluidos los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un audífono nuevo, completo (no reacondicionado) por oído, cada tres años, por beneficiario ▪ Hasta tres pares de moldes auditivos por año, por beneficiario ▪ Un servicio de adaptación y dispensación por oído, cada tres años, por beneficiario • Evaluación y reevaluación de la audición <ul style="list-style-type: none"> o una evaluación de la audición cada tres años para determinar las opciones de audífonos y el audífono más apropiado 	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios auditivos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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, incluidas las baterías, después de que haya vencido el período de garantía del fabricante o el período de cobertura del plan de protección del seguro <p>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.</p> <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	
<p>Atención de una agencia de atención médica en casa</p> <p>Servicios cubiertos por Medicaid que se consideran médicamente necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 médicas en casa intermitentes por día para beneficiarias no embarazadas mayores de 21 años <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención en el hospital para pacientes hospitalizados</p> <p>Servicios de hospital para pacientes hospitalizados cubiertos por Medicaid que se consideran médicamente necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>Servicios de trasplante cubiertos por Medicaid que se consideren médicamente necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios para el sistema tegumentario</p> <p>Medicaid cubre los siguientes servicios tegumentarios para dar procedimientos de diagnóstico y terapéuticos relacionados con trastornos de la piel y estructuras asociadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestión activa del cuidado de heridas • Procedimientos dermatológicos • Servicios quirúrgicos tegumentarios, incluido lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ reparación de mamas ○ cirugía de ginecomastia para beneficiarios masculinos postpúberes, 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 ○ mamoplastia de reducción <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>
<p>Servicios de laboratorio</p> <p>Medicaid cubre los servicios de laboratorio que se consideran médicamente necesarios para los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Química • Citogenética clínica • Inmunología de diagnóstico • Detección de portadores genéticos • Hematología • Histocompatibilidad • Inmunohematología • Microbiología • Patología • Secuenciación rápida del genoma completo (Rapid Whole Genome Sequencing, rWGS) <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de crianza temporal médica (MFC)</p> <p>Medicaid cubre los siguientes servicios para los beneficiarios menores de 21 años que necesiten servicios de crianza temporal médica (Medical Foster Care, MFC) médicamente necesarios y que cumplan los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 (DCF), en un acuerdo de colocación voluntaria o en cuidado de crianza temporal extendido, según el artículo 409.175 de los Estatutos de Florida (Florida Statutes, FS) <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Salud mental: administración de casos específicos</p> <p>Medicaid cubre los siguientes servicios para todos los grupos específicos de salud mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realización de 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. • Evaluación de la eficacia del plan de servicio para cubrir las necesidades identificadas del beneficiario. • Vincular y facilitar al beneficiario los servicios y los recursos adecuados identificados en el plan de servicio mediante referidos 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. 	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Salud mental: administración de casos específicos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 (Behavioral Health Overlay Services, 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, enfermero registrado de práctica avanzada (Advanced Registered Nurse Practitioner, ARNP) psiquiátrico, médico, terapeuta, docente, abogado, tutor <i>ad litem</i> o cualquier otro profesional que esté atendiendo directamente al beneficiario. <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de neurología</p> <p>Medicaid cubre los siguientes servicios de neurología para dar el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y trastornos del sistema nervioso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de función autónoma • Electrooculograma • Electrodiagnóstico, incluidos 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 • Prueba muscular y de rango de movimiento • Pruebas musculares y guía para la quimiodenervación • Polisomnografía y estudios del sueño indicados para lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ diagnóstico de trastornos respiratorios del sueño ○ titulación de presión positiva continua en las vías respiratorias en los trastornos respiratorios del sueño del beneficiario ○ documentación de la presencia de apnea obstructiva del sueño antes de las intervenciones quirúrgicas ○ 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 ○ 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 <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios en un centro de enfermería</p> <p>El plan presta servicios en centros de enfermería para afiliados mayores de dieciocho (18) años en las siguientes circunstancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta ciento veinte (120) días a partir de la fecha de las admisiones más recientes al centro de enfermería, independientemente del pagador, cuando sucede lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ el afiliado necesita servicios de largo plazo del centro de enfermería; ○ el afiliado completó todos los requisitos de evaluación previa a la admisión y revisión del residente (Preadmission Screening and Resident Review, PASRR); ○ el Departamento de Niños y Familias (DCF) determinó que la persona inscrita es elegible para Medicaid del Programa de Atención Institucional (Institutional Care Program, ICP); y ○ el afiliado aún no está inscrito en el programa de atención de largo plazo. • El plan cubrirá, según la Norma 59G-1.052 del Código Administrativo de Florida (Florida Administrative Code, 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 (Supplementary Social Security Income, SSI); o tiene beneficios de Medicare que no sean QMB y también es elegible para el Programa de Atención Institucional. Medicaid cubre 365 días de servicios de centro de enfermería con todo incluido por año y por beneficiario cuando ocurre lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios los receta un médico con licencia en el estado de Florida • El beneficiario ocupa una cama certificada por Medicaid 	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios en un centro de enfermería (continuación)</p> <p>Los servicios de un centro de enfermería incluyen lo siguiente, según corresponda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios prestados por un médico en el lugar • Planificación de la atención centrada en la persona • Servicios de actividades • Servicios dietéticos, incluidas 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, incluida 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, incluidos suministros para la incontinencia • Servicios de rehabilitación, incluida fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional • Habitación y alimentación • Servicios sociales <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de cirugía bucal y maxilofacial</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biopsias • Injertos de hueso, tejido y cartílago • Consultas • Desbridamiento • Implantes endoóseos 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 fundamentales para la preparación de la boca para dentaduras postizas • Reparación de tejidos <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios ortopédicos</p> <p>Medicaid cubre los siguientes procedimientos para la corrección o la prevención de deformidades, trastornos y lesiones del esqueleto y estructuras asociadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artrodesis • Osteotomía • Aumento percutáneo y anuloplastía • Instrumentación de la columna vertebral • Cirugía del sistema musculoesquelético • Cirugía de la espalda y lateral • Cirugía de la columna vertebral • Tratamiento de fracturas o dislocaciones • Vertebroplastía <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>
<p>Servicios en el hospital para pacientes ambulatorios</p> <p>Servicios cubiertos por Medicaid que se consideran médicamente necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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, incluida la cirugía el mismo día y los servicios de terapia <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Servicios de fisioterapia cubiertos por Medicaid y terapia ocupacional que se consideren médicamente necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones de sillas de ruedas: <ul style="list-style-type: none"> ○ una evaluación inicial de la silla de ruedas cada cinco años por beneficiario ○ una evaluación de seguimiento de la silla de ruedas que incluye ajustes y adaptaciones cuando se entrega la silla de ruedas ○ 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: <ul style="list-style-type: none"> ○ una evaluación inicial de la terapia por año, por beneficiario ○ una reevaluación de la terapia cada cinco meses por beneficiario ○ hasta 14 unidades de tratamiento de terapia por semana (domingo a sábado), por beneficiario (máximo de cuatro unidades por día) ○ hasta dos aplicaciones de escayolas y correas por día, por beneficiario <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios para el manejo del dolor</p> <p>Medicaid cubre los siguientes servicios de alivio del dolor médicamente necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> ○ ensayo diagnóstico para determinar el origen del dolor ○ 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: <ul style="list-style-type: none"> ○ el dolor lumbar o de cuello indica que se origina de las articulaciones facetarias, según se documenta en la historia clínica del beneficiario, las evaluaciones físicas y radiográficas ○ el dolor no respondió al tratamiento conservador (medicamentos antiinflamatorios no esteroideos orales, reposo y actividad limitada o fisioterapia) como se documenta en la historia clínica ○ 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 produjo una reducción del dolor de al menos un cincuenta por ciento ○ transcurrió un mínimo de seis meses desde el tratamiento previo de neurólisis por radiofrecuencia percutánea • Neuroplastia <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de cuidado personal</p> <p>Medicaid cubre hasta 24 horas de servicios de cuidado personal por día, por beneficiario, para brindar ADL e IADL apropiadas para la edad cuando el beneficiario cumpla los siguientes criterios según sea médicamente necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene una afección o discapacidad que limita sustancialmente su capacidad para las ADL o las IADL y no tiene un padre, una madre ni tutor legal que pueda brindar la atención requerida • Está bajo el cuidado de un médico y tiene una orden médica para los servicios de este • Requiere una atención más extensa y continua que la que se puede dar mediante una visita médica domiciliaria • Requiere servicios que se puedan brindar de manera segura en su domicilio o en la comunidad <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>
<p>Servicios de podología</p> <p>Servicios cubiertos por Medicaid que se consideran médicamente necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de medicamentos con receta</p> <p>Medicaid cubre los siguientes medicamentos para pacientes ambulatorios médicamente necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>
<p>Servicios de asistencia particular</p> <p>Medicaid cubre hasta 24 horas de servicios de asistencia particular (Private Duty Services, PDN) por día, por beneficiario, cuando el beneficiario cumpla con todos los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Está bajo el cuidado de un médico y tiene una orden de 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 brindar de manera segura en su domicilio o en la comunidad <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de radiología y medicina nuclear</p> <p>Medicaid cubre los siguientes servicios médicamente necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudios de huesos y articulaciones • Radiología de diagnóstico (imagenología) • Mamografía (mama) • Medicina nuclear • Radiografía portátil • Oncología de radiación • Radiofármacos <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>
<p>Servicios en un centro regional de cuidados intensivos perinatales (RPICC)</p> <p>Medicaid cubre los siguientes servicios médicamente necesarios que presta un médico en un centro regional de cuidados intensivos perinatales (Regional Perinatal Intensive Care Center, RPICC):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios obstétricos para beneficiarias con embarazos de alto riesgo. • Hasta 365 días de servicios neonatales cuando la beneficiaria cumpla todos los siguientes requisitos: <ul style="list-style-type: none"> ○ tiene más de 20 semanas de gestación. ○ requiere más de 48 horas de servicios. ○ requiere cuidados intensivos de nivel III como se especifica en la norma 64C-6.003 del Código Administrativo de Florida (FAC). <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de reproducción</p> <p>Medicaid cubre los siguientes servicios de reproducción para dar procedimientos de diagnóstico y terapéuticos relacionados con el sistema reproductivo, inclusive los servicios obstétricos y de planificación familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • Reparación durante el embarazo, o después de este • 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 referido 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 maternofoetal • Inducción del trabajo de parto • Cesárea • Visitas de planificación familiar <ul style="list-style-type: none"> ○ una visita de paciente nueva por beneficiaria ○ una visita de paciente establecida cada 365 días, por beneficiario 	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Servicios de reproducción (continuación) <ul style="list-style-type: none">• Visitas de asesoramiento• Una visita de suministros por mes, por beneficiario• Visitas de asesoramiento sobre el virus de la inmunodeficiencia humana<ul style="list-style-type: none">○ hasta dos visitas preventivas de por vida, por beneficiario○ hasta cuatro visitas por año, por beneficiario con riesgos conductuales reconocidos• Exámenes de laboratorio• 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 la sección 441 del título 42 del CFR, subparte E <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios para el sistema respiratorio</p> <p>Medicaid cubre los siguientes servicios de evaluación, diagnóstico, terapéuticos y quirúrgicos para trastornos del sistema respiratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de cirugía respiratoria • Pruebas de diagnóstico 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: <ul style="list-style-type: none"> ○ hermano biológico de una víctima del síndrome de muerte súbita infantil ○ peso al nacer de 1,500 gramos (3.3 libras) o menos ○ diagnosticado con apnea clínicamente significativa con interrupción de la respiración durante 20 segundos o más, o ausencia de respiración durante cualquier período acompañada de una disminución de la frecuencia cardíaca (bradicardia) <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>
<p>Servicios de terapia respiratoria</p> <p>Medicaid cubre los siguientes servicios de terapia respiratoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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) <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios en una clínica médica rural</p> <p>Medicaid cubre la siguiente atención primaria ambulatoria y servicios de diagnóstico relacionados médicamente necesarios hasta una visita por día por beneficiario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>
<p>Servicios terapéuticos especializados</p> <p>Medicaid cubre los servicios terapéuticos especializados de crianza temporal para permitir que un beneficiario gestione la resolución de problemas emocionales, conductuales o psiquiátricos, y trabaje en ellos, en un entorno domiciliario de gran apoyo, individualizado y flexible.</p> <p>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.</p> <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Patología del habla y del lenguaje</p> <p>Medicaid cubre los siguientes servicios médicamente necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una evaluación inicial de comunicación aumentativa y alternativa (Augmentative and Alternative Communication, AAC) cada cinco años por beneficiario • Para beneficiarios menores de 21 años: <ul style="list-style-type: none"> ○ una evaluación inicial de patología del habla y del lenguaje por año por beneficiario ○ una reevaluación del habla y del lenguaje cada cinco meses por beneficiario ○ hasta 14 unidades de tratamiento de terapia por semana (domingo a sábado), por beneficiario (máximo de cuatro unidades por día) <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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) ○ una evaluación de seguimiento de AAC tras la entrega del dispositivo por beneficiario ○ hasta ocho sesiones de ajuste, modificación y capacitación de AAC de 30 minutos por año, por beneficiario ○ hasta dos reevaluaciones de AAC por año y por beneficiario con un dispositivo de AAC <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Programa psiquiátrico para pacientes hospitalizados en todo el estado</p> <p>Medicaid cubre los siguientes servicios médicamente necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>
<p>Servicios de transporte</p> <p>Medicaid cubre los servicios de transporte que no son de emergencia y que se consideran médicamente necesarios 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.</p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de ayudas visuales</p> <p>Medicaid cubre los siguientes beneficios según sea médicamente necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anteojos <ul style="list-style-type: none"> ○ dos pares por año para beneficiarios menores de 21 años. ○ para los beneficiarios mayores de 21 años, Medicaid cubre lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un marco cada dos años ▪ Dos lentes cada 365 días ○ Medicaid también reembolsa lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Materiales de lentes de policarbonato o termoplásticos para la seguridad del beneficiario o por una condición médica documentada (cuando sea necesario) ▪ 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 <ul style="list-style-type: none"> ○ solo se pueden reemplazar los elementos de las monturas o lentes que estén dañados sin posibilidad de reparación 	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de ayudas visuales (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Lentes de contacto, cuando el beneficiario tiene una afección documentada en la que los anteojos no darían ningún beneficio para su discapacidad visual<ul style="list-style-type: none">○ lentes de contacto rígidas o blandas○ uso prolongado (si el beneficiario no puede usar lentes blandas normales)○ ajuste○ la lente de contacto y los kits de cuidado necesarios○ instrucciones sobre la inserción, la extracción y el cuidado adecuado de las lentes○ 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) • Ojos protésicos<ul style="list-style-type: none">○ 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.○ reemplazo de ojos protésicos cuando los ojos están dañados o ya no tienen el tamaño adecuado.○ los ojos protésicos también se pueden reembolsar mediante el beneficio de servicios de equipos médicos duraderos y suministros médicos de Medicaid de Florida. <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención para la vista</p> <p>Medicaid cubre los servicios de atención visual para dar exámenes, diagnóstico, tratamiento y manejo de la vista relacionados con la patología ocular y anexial, que incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p><i>Se pueden aplicar normas de autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.</p>

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

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

Los siguientes servicios no están cubiertos por Advantage Plus by Ultimate (completo) (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 se cubre en ningún caso	Se cubre solo en condiciones específicas
Acupuntura		<ul style="list-style-type: none"> • Disponible para personas con dolor crónico de espalda baja en ciertas circunstancias.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que Medicare no cubre	No se cubre en ningún caso	Se cubre solo en condiciones específicas
Artículos personales en la habitación en un hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	No están cubiertos en ningún caso	
Atención de enfermero de tiempo completo en su casa	No están cubiertos en ningún caso	
Atención de rutina de los pies		<ul style="list-style-type: none"> • Cierta cobertura limitada que se da de acuerdo con los lineamientos de Medicare, (p. ej., si usted tiene diabetes).
Atención quiropráctica de rutina		<ul style="list-style-type: none"> • La manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones está cubierta.
Cargos por atención que hacen sus familiares inmediatos o miembros de su hogar	No están cubiertos en ningún caso	
Cirugía o procedimientos cosméticos		<ul style="list-style-type: none"> • 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.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que Medicare no cubre	No se cubre en ningún caso	Se cubre solo en condiciones específicas
<p>Cuidado de compañía</p> <p>El cuidado de compañía 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.</p>	<p>No están cubiertos en ningún caso</p>	
<p>Habitación privada en un hospital</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto solo cuando es médicamente necesario.
<p>Los servicios considerados no son razonables ni necesarios, según los estándares de Medicare original</p>	<p>No están cubiertos en ningún caso</p>	
<p>Procedimientos experimentales médicos y quirúrgicos, equipo y medicamentos</p> <p>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.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Medicare original los puede cubrir bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. <p>(Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para más información sobre los estudios clínicos de investigación).</p>
<p>Queratotomía radial, operación LASIK y otras ayudas para la baja visión</p>	<p>No están cubiertos en ningún caso</p>	
<p>Reversión de procedimientos quirúrgicos de esterilización o suministros anticonceptivos sin receta</p>	<p>No están cubiertos en ningún caso</p>	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que Medicare no cubre	No se cubre en ningún caso	Se cubre solo en condiciones específicas
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternos)	No están cubiertos en ningún caso	
Servicios domésticos incluyendo asistencia básica en el grupo familiar, como tareas domésticas ligeras o preparación de comida ligera	No están cubiertos en ningún caso	
Zapatos ortopédicos o aparatos de apoyo para los pies		<ul style="list-style-type: none"> • 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.

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?

Como usted es elegible para Medicaid, califica y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Dado que participa en el programa de “Ayuda adicional”, **parte de la información en esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplica a usted.** Le enviamos un documento separado, llamado *Evidence of Coverage Rider for People Who Get “Extra Help” Paying for Prescription Drugs (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben “Ayuda adicional” para pagar los medicamentos con receta)*, también conocido como “*Low-Income Subsidy Rider*” (*Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos*) o “*LIS Rider*” (*Cláusula adicional de LIS*), que describe la cobertura de sus medicamentos. Si no recibió este documento, llame a Servicios para miembros y pida la *Cláusula adicional de LIS*. (Los teléfonos de Servicios para miembros están impresos en la contracubierta de este folleto).

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 en la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2 de este capítulo). O puede presentar sus recetas mediante el 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. (Consulte la Sección 3 de este capítulo).

- El medicamento debe tener una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o que está respaldado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 de este capítulo para más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera aprobación antes de que lo cubramos. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para más información sobre las restricciones de su cobertura).

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

Sección 2.1 Use una farmacia en la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *únicamente* si se surten en farmacias en 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 en la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para dar sus medicamentos con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” se refiere a todos los medicamentos con receta de la Parte D que están en la lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias en la red
--

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

Para encontrar una farmacia en 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 en 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 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 (Long-Term Care, LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para miembros.
- 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. Para localizar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de proveedores y farmacias*, www.ChooseUltimate.com/Home/FindDoctor, o llame a Servicios para miembros.

Sección 2.3	Cómo usar el servicio de pedido 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.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan requiere que pida **un suministro para al menos 84 días y de hasta 100 días para los medicamentos de los Niveles 1 y 2.**

Para obtener información sobre cómo surtir las recetas por correo, comuníquese con Servicios para miembros (los teléfonos están impresos en el dorso de este cuadernillo). 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 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 igualmente 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 a largo plazo de medicamentos?
--------------------	---

Si recibe un suministro de medicamentos a largo plazo, sus costos compartidos pueden ser menores. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro ampliado”) de los medicamentos de mantenimiento de la lista de medicamentos de nuestro plan (los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que toma con regularidad para una enfermedad crónica o de larga duración).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de proveedores y farmacias*, www.ChooseUltimate.com/Home/FindDoctor, 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 más información.
2. Usted también puede recibir medicamentos de mantenimiento mediante nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para 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 en la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias en 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 en la red cerca. Usted podría tener que pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriremos de 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 los medicamentos con receta, cubriremos los medicamentos que se surtan en una farmacia fuera de la red si sigue todas las demás reglas de cobertura que se describen en este documento y no hubiera disponible una farmacia en la red.
- Si no consigue un medicamento cubierto que necesite inmediatamente porque no hay farmacias en la red abiertas a una distancia razonable en auto.
- Si su receta es para un medicamento de especialidad o único que las farmacias en la red no suelen 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 dentro de la red.

¿Cómo solicita un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de 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, 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 afección para la que se recetó.
- 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 (Micromedex).

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con nombre comercial registrado propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En la lista de medicamentos, cuando nos referimos a “medicamentos”, podría significar que se trata de un medicamento o de un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan “biosimilares”. Por lo general, los medicamentos genéricos y biosimilares tienen la misma eficacia que el medicamento de marca o el producto biológico original y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de la ley estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

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

¿Qué *no* se incluye en la lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (para 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 algunas ocasiones, es posible que obtenga un medicamento que no esté en la lista de medicamentos. (Para más información, consulte el Capítulo 9).

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

Cada medicamento de la lista de medicamentos del plan está en uno de los seis niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo que deberá pagar por el medicamento:

- El **Nivel 1 de costos compartidos (genéricos preferidos)** incluye medicamentos genéricos.
- El **Nivel 2 de costos compartidos (genéricos)** incluye medicamentos genéricos y de marca.
- El **Nivel 3 de costos compartidos (de marca preferidos)** incluye medicamentos de marca preferida y algunos medicamentos genéricos.
- El **Nivel 4 de costos compartidos (medicamentos no preferidos)** incluye medicamentos de marca no preferida y algunos medicamentos genéricos.
- El **Nivel 5 de costos compartidos (medicamentos de especialidad)** incluye medicamentos de marca y genéricos, que pueden necesitar un manejo especial o una monitorización cercana.
- El **Nivel 6 de costos compartidos (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.

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

Tiene cuatro 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 esta.
4. Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” (Real-Time Benefit Tool) del plan (www.optumrx.com/oe_ulthp/prescriptiondrug-list o llame a Servicios para miembros). Mediante esta herramienta, puede buscar medicamentos en la lista de medicamentos para ver un cálculo de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en esta que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 **Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos**

Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?
--------------------	--

Para ciertos medicamentos con receta, 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 se 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).

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 sirve, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con un medicamento diferente se llama **terapia escalonada**.

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 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 nuestro formulario 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 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 temporario le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

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 en 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 hasta 30 días (o 31 días si reside en un centro de atención a largo plazo) en farmacias en 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 llamar a Servicios para miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos con los que se trata la misma afección. 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, en el Capítulo 9, Sección 7.4, se 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.**
- **Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de modificar la lista de medicamentos del plan.

Consulte el Capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos analizados en este capítulo.

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando haya cambios en la lista de medicamentos, publicaremos la información en nuestro sitio web. También actualizamos con regularidad nuestra lista de medicamentos en línea. En esta sección, se describen los tipos de cambios que podemos realizar en la lista de medicamentos y cuándo usted recibirá una notificación directa si se realizaron cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios que podemos hacer en la lista de medicamentos que lo afecten durante el año del plan actual

- **Agregar medicamentos nuevos a la lista de medicamentos y eliminar inmediatamente un medicamento similar o realizar cambios a este en la lista de medicamentos.**
 - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de esta, moverlo a un nivel de costos compartidos diferente, agregar nuevas restricciones o ambas opciones. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costos compartidos o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos.
 - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la lista de medicamentos.
 - Podemos realizar cambios de inmediato y avisarle más adelante, incluso aunque esté tomando el medicamento que eliminaremos o con respecto al cual realizaremos cambios. Si está tomando el medicamento similar en el momento en que hagamos el cambio, le informaremos sobre los cambios específicos que realicemos.
- **Agregar medicamentos a la lista de medicamentos y eliminar un medicamento similar o realizar cambios a este en la lista de medicamentos con previo aviso.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de esta, moverlo a un nivel de costos compartidos diferente, agregar nuevas restricciones o ambas opciones. La

versión del medicamento que agreguemos estará en el mismo nivel de costos compartidos o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos.

- Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la lista de medicamentos.
- Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un resurtido de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar 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, le informaremos después de realizar el cambio.
- **Hacer 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, podemos hacer cambios basados en las advertencias en caja de la FDA o nuevas directrices clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que está tomando, hable con el profesional que los receta sobre las opciones que serían mejor para usted, incluso la opción de cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para cubrir cualquier restricción nueva en el medicamento que está tomando. Usted o el profesional que emite las recetas pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

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 ocurre 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 próximo año.

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

En esta sección, se explica qué tipos de medicamentos con receta están **excluidos**. Esto significa que ni Medicare ni Medicaid pagan 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.

Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

- Nuestro plan no puede cubrir el uso *no indicado* en la etiqueta de un medicamento cuando dicho uso no está 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 (Micromedex). El uso no indicado es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en una etiqueta de medicamento según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos que se mencionan abajo no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos en virtud de la cobertura de medicamentos de Medicaid o de nuestro beneficio mejorado de medicamentos. Puede consultar la lista de medicamentos de Medicaid de Florida en http://ahca.myflorida.com/medicaid/prescribed_drug/pharm_thera/fmpdl.shtml o llame a los Servicios para miembros al número que aparece en el dorso de este documento.

- Medicamentos sin receta (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, 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

Además, si está **recibiendo “Ayuda adicional” de Medicare** para pagar sus recetas, el programa de “Ayuda adicional” no pagará los medicamentos que normalmente no se cubren. (Consulte la lista de medicamentos o llame a Servicios para miembros para más información. Los números de teléfono de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto). No obstante, si usted recibe cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos con receta que no suelen estar cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos está disponible para usted. (Puede encontrar los teléfonos e información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

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 en la red que elija. La farmacia en 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 o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de su plan.

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 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 LTC, puede obtener sus medicamentos con receta mediante la farmacia del centro, siempre que sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias*, www.ChooseUltimate.com/Home/FindDoctor, 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 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 centro de cuidados de hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (como contra las náuseas, laxantes, contra el dolor o la ansiedad) que no estén cubiertos por el centro porque no tienen relación con su enfermedad terminal y las afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que receta o de su proveedor del centro en la que se indique que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. 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. 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 similar para tratar la misma afección
- 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 (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos opiáceos que obtiene de varios profesionales o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opiáceos recientemente, es posible que hablemos con los profesionales que se los recetan para asegurarnos de que dichos medicamentos sean médicamente necesarios y los use adecuadamente. En colaboración con los profesionales que le emiten las recetas, si decidimos que el uso que haga de opioides o benzodiacepinas con receta no es seguro, podemos limitar la forma en que puede 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 profesionales.
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos y de benzodiacepina que cubriremos para usted.

Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Si planeamos limitar cómo puede obtener esos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta con antelación. En la carta, se le informará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos o si se le exigirá que obtenga las recetas para estos solo de un profesional o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de informarnos qué profesionales que emiten recetas 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 considera que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y el proveedor que receta tienen derecho a la apelación. Si apela, revisaremos su caso y le informaremos una nueva 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 afecciones, 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 a 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 (Medication Therapy Management, 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 padecen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de los costos de los medicamentos, o están en un DMP para ayudarlos a usar los opioides de manera segura pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Si califica para el programa, 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.

Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

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 resumen mensual llamado la <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (la EOB de la Parte D)
---------------------	--

Nuestro plan lleva un control de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha hecho cuando obtiene sus surtidos o nuevos surtidos de medicamentos con receta 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. A esto se le llama sus **gastos de bolsillo**. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtiene un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago por sus medicamentos realizado mediante “Ayuda adicional” de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, TRICARE, el Servicio de salud para la población india estadounidense, Programas de Asistencia para Medicamentos contra el Sida, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- Llevamos un registro de sus **costos totales de medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados de sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Incluye lo que pagó el plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si le han surtido una o más recetas mediante el plan durante el mes anterior, le enviaremos una Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, 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 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 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 costos compartidos por cada reclamo de medicamento con receta, si corresponde.

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 llevar un control de los gastos de bolsillo, entréguenos copias de sus recibos. **Estos son ejemplos de cuándo debe darnos copias de los recibos de sus medicamentos:**
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia en 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.

Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

- Cualquier ocasión en que haya adquirido medicamentos cubiertos en farmacias fuera de 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 para Medicamentos contra 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 gastos 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.

SECCIÓN 12 Información sobre beneficios adicionales

Ofrecemos cobertura adicional para una cantidad limitada mensual de medicamentos selectos para la disfunción eréctil. Consulte nuestra lista de medicamentos para más información.

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?

Como usted es elegible para Medicaid, califica y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Como 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 *Evidence of Coverage Rider for People Who Get “Extra Help” Paying for Prescription Drugs (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben “Ayuda adicional” para pagar los medicamentos con receta)*, también conocido como “Low-Income Subsidy Rider” (Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos) o “LIS Rider” (Cláusula adicional de LIS), que describe la cobertura de sus medicamentos. Si no recibió este documento, llame a Servicios para miembros y pida la Cláusula adicional de LIS.

CAPÍTULO 7:

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

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra 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 analizaremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios y los medicamentos. 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 (la devolución del 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. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe 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.

También puede haber ocasiones en las que 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 este 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 los 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.

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

- 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 en la red le envíe una factura que usted considera que no debe pagar

Los proveedores en 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 saldo**. 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 en 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 en 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 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.

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

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.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el pago.

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. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y la cantidad que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

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. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el pago. Es posible que no le reembolsemos el costo total si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado por la receta.

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

Puede pagar el costo total de la receta 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 del plan, o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o no creía que se le aplicaría. 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. Es posible que no le reembolsemos el costo total si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado por la receta.

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 de cobertura**. Si decidimos que se debe cubrir el servicio o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. 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.

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

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

Usted puede 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 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) 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 3459
Spring Hill, FL 34611

Solicitudes de reembolso de medicamentos con receta:

OptumRx Direct Member Reimbursements
PO Box 650287
Dallas, TX 75265

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

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 y cuánto debemos

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 nuestra parte del costo de estos. Si usted ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos el reembolso de nuestra parte del costo por correo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse la cantidad total (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es más alto que nuestro precio negociado). 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 nuestra parte del costo. 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

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 proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y conforme a sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	---

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles para todos los miembros, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de intérprete, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

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

Nuestro plan tiene la obligación de ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de las mujeres dentro de la red para servicios de atención médica preventivos y de rutina.

Si los proveedores de una especialidad determinada no se encuentran disponibles en la red del plan, es responsabilidad del plan localizar proveedores de la especialidad fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, comuníquese con el plan para que le informen sobre dónde acudir para obtener este servicio con un costo compartido dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar un reclamo ante Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Section 1.1	We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)
--------------------	--

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

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

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialists or finding a network specialist, please call to file a grievance with Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet). You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

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 un referido.

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

especialistas cuando necesita esa atención. Usted también tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta en cualquier farmacia en 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 historia clínica 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 reglamentos federales; generalmente esto exige que no se comparta la información que lo identifica particularmente.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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 corriamos 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 (completo) (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.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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 directiva anticipada para dar sus instrucciones, debe hacer lo siguiente:

- **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 considera 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 (AHCA) de Florida llamando al 1-888-419-3456 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-955-8771) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. 5:00 p. m. (hora del este).

**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), las 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 *Medicare Rights & Protections (Sus derechos y protecciones de Medicare)* (la publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- 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 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 estén al tanto de todos los medicamentos que está tomando, incluyendo medicamentos de venta libre, 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.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- 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 del plan*, 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 podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 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, debe usar el **proceso para presentar quejas**, también llamadas “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” y “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 ayudarlo. 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 (1-800-633-4227), que atienden las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

También puede obtener ayuda e información de Medicaid

Agencia para la Administración de la Atención Médica (AHCA) de Florida

888-419-3456

<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 la **Sección 12** de este capítulo, **Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid**.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON 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 (artículos médicos, servicios o medicamentos con receta de la Parte B) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5, Guía básica sobre 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 preocupaciones**.

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 las apelaciones se refieren a problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, solemos referirnos a los artículos y servicios médicos y a los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted usa el proceso de decisión de cobertura y apelación para cuestiones como si algo está cubierto o no, y la forma en que se cubre.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o la cantidad que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo refiere a un especialista médico fuera de la red, este referido se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o que, en la Evidencia de cobertura, se deje claro que el servicio referido no está cubierto bajo ninguna condición. 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 una atención médica antes de que la 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.

Estamos tomando una decisión de cobertura en su nombre cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que Medicare ya no se la cubre. 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, ya sea antes o después de que se reciba un beneficio, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de

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

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 desestimaré una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que quiere decir que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se desestimaré 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 de la atención médica, esta pasará automáticamente al Nivel 2, y la llevará adelante una organización de revisión independiente ajena a 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 más información sobre el nivel 2 de apelaciones para atención médica.
- En la Sección 7 de este capítulo se habla con más precisión sobre las apelaciones de la Parte D.

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.

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

- **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 *Appointment of Representative (Nombramiento de un representante)*. (También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.ChooseUltimate.com).
 - 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 *Appointment of Representative (Nombramiento de un representante)*. (También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.ChooseUltimate.com). 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 antes de 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 referido. 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 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
- La **Sección 9** de este capítulo: Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura terminará muy pronto (*se aplica únicamente a estos servicios*: atención médica domiciliaria, 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 el 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 atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. 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. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió atención médica, y pagó por ella, y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 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. **Presente 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 toma 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:

- Solo puede *solicitar* la cobertura de artículos o servicios médicos (no puede hacer solicitudes de pago de artículos ni servicios ya recibidos).

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

- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si usar las fechas límite estándares puede *ocasionar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para desempeñarse*.

Si su médico nos indica que por su salud se necesita una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos tomar 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 llamar, escribir o enviar 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 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 considera 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

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

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 las 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 calendario 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 considera 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 **reconsideración 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 o de 7 días calendario para medicamentos de la Parte D. 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, se la otorgaremos.
- 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.** También puede solicitar una apelación por teléfono. 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 65 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 daremos 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 las 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 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 las apelaciones estándares, 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 considera 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
--------------------	---

Término legal

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

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 de su expediente del 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.

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

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 le da una respuesta.

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 aprueba 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 estándares** 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 aprueba 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

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

recibir la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares** 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 **confirmar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:
 - Explicarle la decisión.
 - Notificarle 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.
 - Decirle 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.

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

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 su atención médica está cubierta y usted siguió todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo, generalmente dentro de los 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si no pagó la atención médica, 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 en la que indicaremos que no pagaremos la atención médica y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle lo solicitado, **puede presentar 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 6.3. 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 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, 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* o *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

Término legal

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:

- Solicitar que cubran un medicamento de la Parte D que no está en la *lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicite una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar que cancelemos una restricción en la cobertura del plan por un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 7.2**

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

- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Pagar 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 a veces se llama solicitar una **excepción al formulario**.

Solicitar la cancelación de la restricción en la cobertura de un medicamento a veces se llama solicitar una **excepción al formulario**.

Solicitar 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.**
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 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 cuando solicite la excepción.

Nuestra lista de medicamentos usualmente incluye más de un medicamento para tratar una afección 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

Término legal

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 estándares** se tomarán en el plazo de **72 horas** después de que recibamos la constancia 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 enfermedad lo requiere, solicítenos que le demos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

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

- 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 aceptaremos tomar 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 llamar, escribir o enviar 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 CMS Model Coverage Determination Request (Solicitud de determinación de cobertura de modelo de CMS)*, que está disponible en nuestro sitio web www.ChooseUltimate.com. 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 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, en el que 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 sobre un medicamento que aún no ha recibido

- 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, en el que 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.

Fecha límite para una decisión de cobertura 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, en el que 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 calendario. 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 otro proveedor que receta 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 las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito.** En el Capítulo 2 hay información de contacto.
- **Para las apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al ().** En el Capítulo 2 hay información de contacto.
- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito,** incluso las solicitudes que se presenten en el *formulario CMS Model Redetermination Request (Solicitud de redeterminación de modelo de CMS)*, que está disponible en nuestro sitio web www.ChooseUltimate.com. 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 65 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 daremos 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 las 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.

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

- **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 de la denegación y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Para las 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 7.6, 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 de la denegación y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fecha límite 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, en el que 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 denegamos una parte o todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explique el motivo de la denegación. También le informaremos 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

Término legal

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

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 de su expediente del 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 requiere, 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 le da una respuesta.

Para 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 aprueba toda o 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 aprueba una 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, **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:

- Explicarle la decisión.
- Notificarle el 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 hospitalización cubierta, 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.

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

- Si considera que se le está pidiendo que salga del hospital muy pronto, puede solicitar una hospitalización 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 calendario 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 con 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 hospitalización, 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 hospitalización.
- Dónde reportar cualquier preocupación que tenga sobre la calidad de la atención en el hospital.
- 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 calendario 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 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los

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

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 la mejoría de calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la mejoría de 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 la mejoría de 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 la mejoría de calidad de su estado en el Capítulo 2.

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

Actúe rápido:

- Para hacer su apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejoría de 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 la mejoría de calidad.
 - **Si no cumple esta fecha límite**, comuníquese con nosotros. Si decide quedarse en el hospital después de la fecha planificada del alta, *es posible que tenga que pagar todos los costos* de la atención en el hospital que reciba después de la fecha programada para el alta.

Una vez que solicite una revisión inmediata del alta del hospital, la Organización para la mejoría de 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 un ejemplo 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 ejemplo en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Paso 2: La Organización para la mejoría de calidad hace una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de atención médica en la Organización para la mejoría de calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) el motivo por el que considera que la cobertura de los servicios debe continuar. 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 la mejoría de calidad le dará su respuesta en cuanto a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión lo *aprueba*, **debemos seguir dándole servicios cubiertos 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 la mejoría de 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 la mejoría de 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 la mejoría de calidad *denegó* su apelación y usted se queda en el hospital después de la fecha en que se ha programado darlo de alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la mejoría de calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en la primera apelación. Si la Organización para la mejoría de 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 la mejoría de 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 la mejoría de 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 la mejoría de calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejoría de 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 la mejoría de 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 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura terminará muy pronto.

Sección 9.1	<i>Esta sección trata sobre tres servicios: Servicios de atención médica en casa, atención en un centro de enfermería especializada y en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF)</i>
--------------------	---

Quando le cubren **servicios de atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada o de rehabilitación (Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios de ese tipo mientras sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Quando 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
--------------------	---

Término legal

Aviso de no cobertura de Medicare. Le informa 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 calendario 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 durante un período más extenso.

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 no 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 la mejoría de 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 la mejoría de 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 la mejoría de calidad de su estado en el Capítulo 2).

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejoría de 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*.
- Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta Organización para la mejoría de calidad, igualmente puede presentar su apelación. Comuníquese con la Organización para la mejoría de calidad.

Paso 2: La Organización para la mejoría de calidad hace una revisión independiente de su caso.

Término legal
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 la mejoría de calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante el motivo por el que considera que la cobertura de los servicios debe continuar. 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 presentar 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 la mejoría de calidad que revise nuevamente la decisión en su primera apelación. Si la Organización para la mejoría de 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 la mejoría de calidad de nuevo y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en el plazo de 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para la mejoría de 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 la mejoría de calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejoría de 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 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 presentar una apelación del Nivel 3.

Para la mayoría de las 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 la atención médica 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 la atención médica en cuestión.
- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o abogado adjudicador a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *podría* finalizarse 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 prestarle la atención médica 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.

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

- 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 federal de distrito** 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 una cierta cantidad en dólares, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si la cantidad 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 las 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 finalizar 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 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 finalizar 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 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 federal de distrito 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	<ul style="list-style-type: none">• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none">• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?

Queja	Ejemplo
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none">• ¿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	<ul style="list-style-type: none">• ¿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?<ul style="list-style-type: none">○ 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	<ul style="list-style-type: none">• ¿Está insatisfecho con la limpieza o condición de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none">• ¿No le dimos el aviso necesario?• ¿Es nuestra información por escrito difícil de entender?

Queja	Ejemplo
<p>Puntualidad (Estos tipos de quejas están relacionados con nuestra <i>puntualidad</i> en cuanto a nuestras decisiones de cobertura y apelaciones)</p>	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted nos solicitó una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida y se la denegamos; usted puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos las fechas límite para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted considera que no estamos cumpliendo las fechas límite para cubrir o reembolsarle ciertos artículos o 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 presentar una queja

Términos legales
<ul style="list-style-type: none"> • 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.

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

- **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?**

Pueden presentar una queja formal usted o alguien que usted designe. 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.

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

- 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 la mejoría de 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 la mejoría de calidad.** La Organización para la mejoría de 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 la mejoría de 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 (completo) (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 al 1-877-486-2048.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON 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 la cantidad 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.

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.

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 la 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 la Atención Médica (AHCA) y pedir una revisión de su caso.

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

Puede comunicarse con la Unidad de audiencias de Medicaid llamando al 1-877-254-1055 (TDD 1-866-467-4970) o enviando 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 by Ultimate (completo) (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, puede cancelar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare cualquier mes, incluidos:
 - Medicare original *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte.
 - Medicare original *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte (si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática).
 - Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporciona Medicare y la mayoría de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan, o todos ellos.

Nota: Si cancela la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos con receta durante un período continuo de más de 63 días, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

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).

Capítulo 10 Cómo cancelar su membresía en el plan

- Hay otras opciones de planes médicos de Medicare disponibles durante el **Período de inscripción anual**. La Sección 2.2 le da más información sobre el Período de inscripción anual.
- **¿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 de inscripción anual
--------------------	--

Puede cancelar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el Período de inscripción abierta anual). 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 de medicamentos con receta de Medicare aparte.

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 acreditable 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 y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan MA, desde el mes en que se tiene derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes en que se tiene derecho.
- **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 cambiarse 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, su membresía en ese plan se iniciará el primer día del mes siguiente a la fecha en que el plan de medicamentos con receta 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 mudado.
- Si tiene Medicaid.
- Si tiene derecho a recibir “Ayuda adicional” para el pago de sus recetas de Medicare.
- Si violamos nuestro contrato con usted.

Capítulo 10 Cómo cancelar su membresía en el plan

- 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 administración 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. Usted puede elegir:

- Otro plan médico de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Medicare original *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte.
- *O bien*, 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 acreditable 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: En las Secciones 2.1 y 2.2, verá 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:

- **Llamar a Servicios para miembros.**

Capítulo 10 Cómo cancelar su membresía en el plan

- Obtener más información en el manual **Medicare & You 2025 (Medicare y Usted 2025)**.
- Comunicarse con **Medicare** llamando 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 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:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan médico de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscríbase en el nuevo plan médico de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Automáticamente se cancelará su inscripción en Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP) cuando comience la cobertura del nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare original <i>con</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Automáticamente se cancelará su inscripción en Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP) cuando comience la cobertura del nuevo plan.

Capítulo 10 Cómo cancelar su membresía en el plan

Si quiere cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare original <i>sin</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte. <ul style="list-style-type: none"> ○ 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. ○ Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y pasa 63 días seguidos o más sin una cobertura acreditable 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios para miembros si necesita más información sobre 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 (completo) (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 acreditable 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 la Atención Médica (AHCA) de Florida, comuníquese con la Agencia para la Administración de la Atención Médica (AHCA) de Florida al 888-419-3456 (los usuarios de TTY pueden llamar al 800-955-8771) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Pregunte cómo afecta la inscripción en otro plan o el regreso a Medicare original a su cobertura de la Agencia para la Administración de la Atención Médica (AHCA).

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

Hasta que termine su membresía con Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP), y empiece su nueva cobertura de Medicare y Medicaid, debe seguir obteniendo sus insumos médicos, servicios y sus medicamentos con receta por medio de nuestro plan.

- **Continúe usando nuestros proveedores en la red para recibir la atención médica.**
- **Continúe usando nuestras farmacias en la red *o pedido por correo* para surtir sus recetas.**
- **Si lo hospitalizan el día en que finaliza su membresía, su hospitalización 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 (completo) (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 (completo) (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.

Capítulo 10 Cómo cancelar su membresía en el plan

- Si usted está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano estadounidense ni está legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información de otro seguro que usted tenga que cubra 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 una cantidad 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 (completo) (HMO D-SNP) no puede pedirle que deje el plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si considera 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), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, 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

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 del seguro social y los reglamentos creados según la Ley del seguro 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 (Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights) en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

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 los reglamentos de CMS en las secciones 422.108 y 423.462 de 42 CFR, Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP), como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría según los reglamentos 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

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: portal o aplicación informática en la que los miembros pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye las cantidades de los costos compartidos, los medicamentos alternativos del formulario que pueden utilizarse para la misma afección que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplica a los medicamentos alternativos.

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 presentar 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 la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el formulario y los criterios están publicados en nuestro sitio web.

Ayuda adicional: programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Biosimilar intercambiable: biosimilar que puede usarse como sustituto de un biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Biosimilar: biomedicamento que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares tienen la misma eficacia que los productos biológicos originales y son tan seguros como estos. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

Cancelar inscripción o cancelación de inscripción: el proceso de dar por terminada su membresía en nuestro plan.

Cantidad máxima de gastos de bolsillo: la cantidad máxima que usted paga de bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos. Las cantidades que paga por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta 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 la cantidad máxima 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).

Cantidad mensual ajustada relacionada con los ingresos (IRMAA): si sus ingresos brutos ajustados modificados como los reportó en su declaración de impuestos del 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. La 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 y del lenguaje y servicios de evaluación del entorno de la casa.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Cobertura acreditable 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 de Medicare más adelante.

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.

Copago: cantidad que se le pedirá que pague como su parte de los costos por un servicio médico o insumo, una visita al médico, una 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. Los costos compartidos incluyen 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.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

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 a una farmacia y la farmacia le informa que su plan no cubre la receta, 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.

D-SNP integrado: D-SNP que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid conforme a un solo plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles, tanto para Medicare como para Medicaid. A estas personas también se las conoce como “personas con doble elegibilidad para beneficios completos”.

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 hospitalización cuando ingresa formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, se le puede considerar un paciente ambulatorio.

Etapas de cobertura catastrófica: etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) gastaron \$2,000 por medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Etapas de cobertura inicial: esta es la etapa anterior a que sus gastos de bolsillo para el año hayan alcanzado la cantidad límite.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, 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 nuestro formulario (una excepción al formulario) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costos compartidos más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y desea que anulemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Facturación de saldo: 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 (completo) (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 indica que debe pagar.

Farmacia en la red: una farmacia que tiene contrato con nuestro plan en el que los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de nuestras farmacias en la red.

Farmacia fuera de la red: 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 médicamente 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 en 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.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

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, 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 (Micromedex).

Límite de gastos de bolsillo: la cantidad máxima que usted paga de bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

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 o para un período de tiempo definido.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o lista de medicamentos): un listado de los medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Medicaid (o Asistencia médica): 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.

Medicamento 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 actúa de la misma manera que un medicamento de marca y generalmente su costo es menor.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Medicare original (Medicare tradicional o Medicare pago por servicio): el Gobierno ofrece Medicare original 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 de la cantidad 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 acreditable (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 acreditable de medicamentos con receta.

Nivel de costo compartido: cada medicamento incluido en la lista de medicamentos cubiertos está en uno de seis 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 la mejoría de 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: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: el programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Período de beneficios: la manera en que 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 haya recibido ninguna atención en el hospital de paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) durante 60 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 para el número de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período 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 por 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 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: persona que tiene derecho a la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de necesidades especiales por afecciones crónicas (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP): los C-SNP son planes de necesidades especiales (Special Needs Plans, SNP) que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según se define en la sección 422.2, título 42 del CFR, incluida la restricción de inscripción basada en las agrupaciones de afecciones múltiples comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas especificadas en la sección 422.4(a)(1)(iv), título 42 del CFR.

Plan de necesidades especiales: 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.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Plan de organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, 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 en 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 fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre los gastos de bolsillo para los servicios recibidos de proveedores en la red (preferidos) y un límite superior sobre los gastos de bolsillo combinados totales por servicios de proveedores en 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 (Nursing Facility, NF), (SNF/NF); un centro de atención intermedia para personas con discapacidades mentales (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, 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 Parte 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) contratado si es necesario para garantizar la prestación uniforme de la atención especializada.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

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 i) una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), ii) una PPO, iii) un Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) un plan de cuenta de ahorros para gastos médicos (Medical Savings Account, 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 (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP): tipo de plan que inscribe a personas que tienen derecho a Medicare (título XVIII de la Ley del seguro social) y a asistencia médica de un plan estatal conforme a Medicaid (título XIX). Los Estados cubren algunos o todos los 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.

Producto biológico original: producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y sirve como comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se le llama “producto de referencia”.

Producto biológico: medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan “biosimilares”. (Consulte también “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Programa de Descuento del fabricante: un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y biomedicamentos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el Gobierno federal y fabricantes de medicamentos.

Prótesis y aparatos ortopédicos: dispositivos médicos incluidos, 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, como 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 en 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 en 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 en 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, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Esto no involucra las disputas de cobertura ni el pago.

Queja: el nombre formal para presentar 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.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes médicos de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término servicios cubiertos 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 del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios necesarios de urgencia: servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no sea una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable, debido a la hora, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de proveedores en la red con los que el plan tiene contrato. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias, como los controles anuales, no se consideran necesarias de manera urgente incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Servicios para miembros: 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 empaquetar la receta.

Tasa de costo compartido diario: se puede aplicar una tasa de costo compartido diario cuando su médico le receta menos del suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe 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 para miembros de Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP)

Método	Servicios para miembros: información de contacto
LLAME AL	888-657-4170 Las llamadas a este número son gratis. 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. 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

Atención de Necesidades de Seguro Médico de Personas Mayores (Serving Health Insurance Needs of Elders, SHINE) (SHIP de Florida)

Atención de Necesidades de Seguro Médico de Personas Mayores (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 contacto
LLAME AL	800-963-5337
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.
ESCRIBA A	SHINE Program 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399

Método	Información de contacto
SITIO WEB	https://www.floridashine.org

Declaración de revelación de la PRA De acuerdo con la Ley de reducción de trámites burocráticos (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). 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.