



1 de enero al 31 de diciembre de 2020

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados como miembro de FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP)

Este folleto le brinda los detalles sobre su atención médica y cobertura de medicamentos recetados de Medicare a partir del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos recetados que usted necesita. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Este plan, FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP), es ofrecido por FirstCare Health Plans. (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* se indica “nosotros”, “nos”, “nuestro”, "nuestra", "nuestros" o "nuestras" se refiere a Scott and White Health Plan. Cuando se indica "plan" o "nuestro plan", se refiere a FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP)).

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Comuníquese con nuestro número de Servicio al cliente al 1-866-229-4969 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario: 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m. todos los días; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes.

Esta información también está disponible en formatos alternativos (por ejemplo, letra grande)

Los beneficios, primas, deducibles y/o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2021.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Evidencia de cobertura de 2020**Índice**

Esta lista de capítulos y números de página es su punto de partida. Para obtener más ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página de un capítulo. **Encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.**

Capítulo 1. Su inicio como miembro 4

Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Le informa sobre los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, su tarjeta de membresía del plan y cómo mantener actualizado su registro de membresía.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes 21

Le informa cómo ponerse en contacto con nuestro plan ((FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP)) y con otras organizaciones, como Medicare, el Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (SHIP, por su siglas en inglés), la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros de salud para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos que requieren receta médica y la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos. 41

Explica conceptos importantes que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen el uso de proveedores en la red del plan y cómo obtener atención en caso de una emergencia.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto) 57

Incluye información detallada sobre qué tipos de atención médica cubiertos y *no* cubiertos que usted obtiene como usted miembro de nuestro plan.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D 102

Explica las reglas que debe seguir al obtener sus medicamentos recetados de la Parte D. Indica cómo usar la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan para saber qué medicamentos están cubiertos. Le informa qué tipo de medicamentos *no* están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Especifica dónde puede surtir sus recetas médicas. Contiene información sobre los programas del Plan sobre seguridad y manejo de medicamentos.

Índice

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D	127
<p>Informa sobre las cuatro etapas de la cobertura de medicamentos (<i>Etapa de deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa de brecha en la cobertura, Etapa de cobertura catastrófica</i>) y cómo estas etapas afectan lo que paga por sus medicamentos.</p>	
Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos	148
<p>Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desea solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.</p>	
Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades	156
<p>Explica los derechos y responsabilidades que tiene como miembro de nuestro plan. Le informa qué puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.</p>	
Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	168
<p>Le informa paso a paso qué hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si tiene problemas para obtener la atención médica o medicamentos recetados que a su criterio están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye pedirnos que hagamos excepciones a las reglas o restricciones adicionales en su cobertura de medicamentos recetados, así como solicitarnos que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto. • Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes. 	
Capítulo 10. Cancelación de su membresía al plan	234
<p>Explica cuándo y cómo puede finalizar su membresía en el plan. Explica situaciones en las que nuestro plan debe finalizar su membresía.</p>	
Capítulo 11. Avisos legales	245
<p>Incluye avisos sobre la ley aplicable y sobre la antidiscriminación.</p>	
Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes	248
<p>Explica los términos clave utilizados en este folleto.</p>	

CAPÍTULO 1

Su inicio como miembro

Capítulo 1. Su inicio como miembro**Capítulo 1. Su inicio como miembro**

SECCIÓN 1	Introducción.....	6
Sección 1.1	Usted está inscrito en FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP), que es un plan especializado de Medicare Advantage (Plan de necesidades especiales)	6
Sección 1.2	¿De qué se trata el folleto de <i>Evidencia de cobertura</i> ?	7
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>	7
SECCIÓN 2	¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?	8
Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad	8
Sección 2.2	¿De qué se trata la Parte A y la Parte B de Medicare?	8
Sección 2.3	¿Qué es Medicaid?	9
Sección 2.4	Área de servicio del plan para FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP)	9
Sección 2.5	Ciudadano de los Estados Unidos o residente legal	10
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales recibirán de nosotros?	10
Sección 3.1	Su tarjeta de membresía del plan: úsela para obtener toda la atención y los medicamentos recetados cubiertos	10
Sección 3.2	los <i>Directorio de proveedores</i> : su guía para todos los proveedores de la red del plan	11
Sección 3.3	El <i>Directorio de farmacias</i> : su guía sobre las farmacias en nuestra red.....	12
Sección 3.4	La lista del plan de los <i>Medicamentos cubiertos (formulario)</i>	12
Sección 3.5	La <i>explicación de beneficios de la Parte D</i> (la "EDB de la Parte D"): informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D	13
SECCIÓN 4	Su prima mensual para FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP)	13
Sección 4.1	¿Cuánto es la prima de su plan?	13
Sección 4.2	Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay varias maneras en que puede pagarla	15
Sección 4.3	¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?	16
SECCIÓN 5	Mantenga actualizado su registro de membresía del plan	16
Sección 5.1	Cómo ayudar a garantizar que tengamos la información exacta sobre usted.....	16

Capítulo 1. Su inicio como miembro

SECCIÓN 6	Protegemos la privacidad de su información médica personal	17
Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información médica esté protegida	17
SECCIÓN 7	Cómo funciona otro seguro con nuestro plan.....	18
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?	18

Capítulo 1. Su inicio como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP), que es un plan especializado de Medicare Advantage (Plan de necesidades especiales)
--------------------	---

Usted está cubierto por Medicare y Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguros de salud para personas de 65 años de edad o mayores, para algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa gubernamental conjunto a nivel federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que tenga. Algunas personas con Medicaid obtienen ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también obtienen cobertura para servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido obtener su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados a través de nuestro plan, FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP).

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) es un plan especializado de Medicare Advantage (un "Plan de necesidades especiales" de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) está diseñado específicamente para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Debido a que recibe asistencia de Medicaid con su costo compartido de Medicare Parte A y B (deducibles, copagos y coseguros), es posible que no tenga que pagar nada por sus servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también puede proporcionarle otros beneficios al cubrir servicios de atención médica, como servicios de apoyo a largo plazo y servicios de exención basados en el hogar y la comunidad que generalmente no están cubiertos por Medicare. También recibirá "Ayuda adicional" de parte de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) le ayudará a administrar todos estos beneficios de modo que obtenga los servicios de atención médica y la asistencia de pago a los que tiene derecho.

FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) es administrado por una compañía privada. Al igual que todos los planes Medicare Advantage, este plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. Nos complace brindarle cobertura para su atención médica de Medicare, lo que incluye la cobertura de sus medicamentos recetados.

La cobertura de este Plan califica como Cobertura médica calificada (QHC, por sus siglas en inglés) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de

Capítulo 1. Su inicio como miembro

Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

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

Este folleto de *Evidencia de cobertura* le informa cómo obtener su atención médica de Medicare y sus medicamentos que requieren receta médica cubiertos a través de nuestro plan. Este folleto explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted debe pagar como miembro del plan.

Las palabras "cobertura" y "servicios cubiertos" hacen referencia a la atención y los servicios médicos y los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP).

Es importante que sepa cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que dedique un poco de tiempo para leer este folleto de *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido o preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el Servicio al cliente de nuestro plan (los números de teléfono están incluidos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura***Es parte de nuestro contrato con usted**

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted y le explica cómo FirstCare Advantage Dual SNP (HMO 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 parte de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos a veces se denominan "cláusula" o "enmiendas".

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que está inscrito en FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2020.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) después del 31 de diciembre de 2020. También podemos optar por dejar de ofrecerle el plan u ofrecerlo en un área de servicio distinta, después del 31 de diciembre de 2020.

Capítulo 1. Su inicio como miembro

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) cada año. Puede continuar obteniendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre que:

- Cuento con la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 le informa sobre la Parte A y la Parte B de Medicare)
- - y - resida en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.4 a continuación describe nuestra área de servicio).
- - y - sea ciudadano(a) de los Estados Unidos o resida legalmente en los Estados Unidos
- - y - no tenga ninguna enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), con excepciones limitadas, como si desarrolla ESRD cuando ya es miembro de un plan que ofrecemos, o si era miembro de un plan diferente que fue cancelado.
- - y - cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

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

Tenga en cuenta: si por algún motivo pierde su elegibilidad pero se puede esperar razonablemente que volverá a ser elegible dentro de los próximos seis meses, entonces usted todavía es elegible para ser miembro de nuestro plan (el Capítulo 4, Sección 2.1 le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante un período aproximado de elegibilidad continua).

Sección 2.2 ¿De qué se trata la Parte A y la Parte B de Medicare?

Cuando usted se inscribió por primera vez en Medicare, recibió información sobre qué servicios están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde:

Capítulo 1. Su inicio como miembro

- La Parte A de Medicare generalmente ayuda a cubrir los servicios prestados por los hospitales (para servicios de pacientes hospitalizados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los otros servicios médicos (como servicios médicos y otros servicios ambulatorios) y ciertos artículos (como equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) y suministros).

Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid?

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

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos "Programas de ahorros de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas que son QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (QMB +)). En Texas, el QMB + se conoce como el Beneficiario calificado de Medicaid de Medicare (MQMB, por sus siglas en inglés).
- **Beneficiarios especificados para personas de bajos ingresos de Medicare (SLMB, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona calificada (QI, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas discapacitadas elegibles que trabajan (QDWI, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Sección 2.4 Área de servicio del plan para FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP)

Aunque Medicare es un programa federal, FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Capítulo 1. Su inicio como miembro

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Texas: Carson, Crosby, Deaf Smith, Floyd, Garza, Hale, Hockley, Hutchinson, Lamb, Lubbock, Lynn, Potter, Randall, Swisher, y Terry.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva localidad.


También es importante que llame a la Administración del Seguro Social si se muda o cambia su dirección de correo. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de la Administración del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Sección 2.5 Ciudadano de los Estados Unidos o residente legal

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en los Estados Unidos. Medicare (los centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) si no es elegible para seguir siendo miembro según estos criterios. FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirán de nosotros?**Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: úsela para obtener toda la atención y los medicamentos recetados cubiertos**

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía para nuestro plan siempre que reciba servicios cubiertos por este plan y para medicamentos con receta médica que obtenga en farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid. A continuación, le presentamos un ejemplo de una tarjeta de membresía para mostrarle cómo se verá la suya:

		FirstCare Advantage Dual SNP Issuer (Emisor): <(80840)> Network (Red): FirstCare Advantage Dual SNP Benefit effective date (Fecha efectiva de beneficios): <5/1/2016>		
MEMBER INFO (Información del Miembro) Name (Nombre): <MISSY JOE DOE> Member # (N.º de miembro): <000555666> CMS Contract # (N.º de contrato CMS): H5742	MEDICAL COPAY (Copago Médico): \$0	PHARMACISTS ONLY Navitus: 1-866-270-3877 BIN: 610602 PCN: NVTD GRP: FCD001 PBP: 001	MEDICAL PROVIDERS Electronic Claims • Availity/Healthsmart: 94999 • Change Healthcare/Emdeon P: TH003 I: 12T03 Paper Claims FirstCare Medicare P.O. Box 211342 Eagan, MN 55121 Prior Authorization: 1-800-884-4905 PHARMACY PROVIDERS UFC Claims Navitus PO Box 1039 Appleton, WI 54912-1039	FOR MEMBERS In case of emergency, call 9-1-1 or go to the closest emergency room. • Customer Service: 1-866-229-4969 (TTY/TDD: 1-800-562-5259) • Behavioral Health Services: 1-800-327-6934 • Virtual Care (telehealth): 1-800-718-5082 • 24/7 Nurse Line: 1-855-828-1013 • Provider Directory: FirstCare.com/FindAProvider • Self-Service Portal: my.FirstCare.com PARA MIEMBROS En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o vaya a la sala de emergencia más cercana. • Servicio al cliente: 1-866-229-4969 (TTY/TDD: 1-800-562-5259) • Servicios de salud conductual: 1-800-327-6934 • Cuidado médico virtual (telesalud): 1-800-718-5082 • Línea de enfermeras 24/7: 1-855-828-1013 • Directorio de proveedores: FirstCare.com/FindAProvider • Portal de autoservicio: my.FirstCare.com FirstCare.com/DualSNP

Mientras sea miembro de nuestro plan, en la mayoría de los casos, **no debe usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener servicios médicos cubiertos (con la excepción de los estudios de investigación clínica de rutina y los servicios de cuidados paliativos). Es posible que

Capítulo 1. Su inicio como miembro

se le solicite mostrar su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios. Mantenga su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro en caso de que la necesite más adelante.

Esto es muy importante debido a lo siguiente: Si recibe servicios cubiertos usando su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de usar su tarjeta de membresía de FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) mientras es miembro del plan, es posible que deba pagar el costo total usted mismo.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicio al cliente de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

Sección 3.2	los Directorio de proveedores: su guía para todos los proveedores de la red del plan
--------------------	---

El *Directorio de proveedores* incluye nuestros proveedores de red y proveedores de equipos médicos duraderos. Los proveedores que no aceptan Medicaid incluirán "No se acepta Medicaid" bajo su nombre.

¿Qué son los "proveedores de la red"?

Los proveedores de red son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. En función de nuestro contrato, estos proveedores brindan servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en firstcare.com/dualsnp.

¿Por qué necesita saber qué proveedores son parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores son parte de nuestra red porque, con excepciones limitadas, mientras sea miembro de nuestro plan debe usar proveedores de la red para obtener su atención y servicios médicos. Las únicas excepciones son las emergencias, servicios que se necesitan con urgencia cuando la red no está disponible (por lo general, cuando está fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica sobre emergencias, fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). Puede solicitar al Servicio al cliente más información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas sus calificaciones. También puede consultar el *Directorio de proveedores* en firstcare.com/dualsnp. Tanto el Servicio al cliente como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en nuestros proveedores de la red.

Capítulo 1. Su inicio como miembro

Sección 3.3 El Directorio de farmacias: su guía sobre las farmacias en nuestra red**¿Qué son las “farmacias de la red”?**

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han acordado surtir recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan.

¿Por qué necesita saber sobre las farmacias de la red?

Puede usar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que usted desee usar. Habrán cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Puede encontrar un Directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web en firstcare.com/dualsnp. También puede llamar a Servicio al cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2020 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia del Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). En cualquier momento, puede llamar a Servicio al cliente para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en firstcare.com/dualsnp.

Sección 3.4 La lista del plan de los Medicamentos cubiertos (formulario)

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)*. Se denomina "Lista de medicamentos" en su forma abreviada. Indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP). Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, algunos medicamentos recetados están cubiertos para usted bajo sus beneficios de Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid.

El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP).

La Lista de medicamentos también le informa si existen reglas que restrinjan la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (firstcare.com/dualsnp) o llamar al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

Capítulo 1. Su inicio como miembro

Sección 3.5 La explicación de beneficios de la Parte D (la "EDB de la Parte D"): informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D

Cuando usted use sus beneficios de medicamentos recetados de la parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarle a comprender y realizar un seguimiento de los pagos de sus medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se llama *Explicación de beneficios de la Parte D* (o la "EDB de la Parte D").

La *Explicación de los beneficios* de la Parte D le informa el monto total que usted u otras personas en su nombre han gastado en medicamentos que requieren receta médica de la Parte D y el monto total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos que necesitan receta médica de la Parte D durante el mes. El Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) proporciona más información sobre la *Explicación de los beneficios* y cómo puede ayudarle a realizar un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

Si lo solicita, también puede recibir un resumen de la *Explicación de los beneficios de la Parte D*. Para obtener una copia, comuníquese con Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP)

Sección 4.1 ¿Cuánto es la prima de su plan?

Usted no paga una prima mensual del plan por separado para FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP).

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor que el monto mencionado anteriormente en la Sección 4.1. Esta situación se describe a continuación.

- Algunos miembros deben pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D debido a que no se inscribieron a un plan de medicamentos de Medicare cuando eran elegibles la **primera vez o debido** a que tuvieron un período continuo de 63 días o más donde no tuvieron una cobertura "acreditable" para los medicamentos que requieren receta médica. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a la prima mensual del plan. El monto de su prima será la prima del plan mensual, más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.

Capítulo 1. Su inicio como miembro

- Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.
- Si en algún momento pierde su subsidio de bajos ingresos (“Ayuda adicional”), usted estará sujeto a la multa mensual por inscripción tardía de la Parte D si en algún momento no tuvo cobertura acreditable para medicamentos que requieren receta médica durante 63 días o más.
- Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o la cobertura acreditable para medicamentos recetados.

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 anterior, para ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medicaid y debe contar con la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP), Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica para ello automáticamente) y para su prima de la Parte B. Si Medicaid no paga las primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

Si su ingreso bruto ajustado modificado, tal y como se informa en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años, es superior a cierto monto, usted pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual con respecto a los ingresos, también conocido como IRMAA, por sus siglas en inglés. El IRMAA es un cargo adicional que se agregará a su prima.

- Si tiene que pagar un monto adicional, la Administración del Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta que le informará cuál será tal monto adicional. Si experimentó un evento que cambió su vida y redujo sus ingresos, puede pedirle a la Administración del Seguro Social que reconsidere su decisión.
- **Si debe pagar el monto adicional y no lo hace, usted perderá la cobertura del plan.**
- También puede visitar <https://www.medicare.gov> en el Internet o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, 7 días a la semana.. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede llamar a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare y usted de 2020* ofrece información sobre estas primas en la sección denominada "Costos de Medicare de 2020". Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y usted* cada año en el otoño. Aquellas personas que son nuevas en Medicare lo reciben en un plazo de un mes después de haberse inscrito. También puede descargar una copia de *Medicare y usted de 2020* en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). 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.

Capítulo 1. Su inicio como miembro

Sección 4.2 Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay varias maneras en que puede pagarla.

Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay una manera en que puede pagarla. Puede pagar con cheque.

Opción 1: puede pagar con cheque

Puede pagar la multa por **inscripción tardía de la Parte D** con cheque. Puede realizar pagos mensuales enviando su cheque por correo o llevándolo en persona el primer día de cada mes. El cheque debe hacerse a nombre de FirstCare Health Plans, no a CMS (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) o HHS (Departamento de Salud y Servicios Humanos).

FirstCare
PO Box 678145
Dallas, TX 75267-8145

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

Su multa por inscripción tardía de la Parte D se debe entregar en nuestra oficina el primer día del mes. Si no hemos recibido el pago de su multa antes del día 10 de cada mes, le enviaremos un aviso para informarle que cancelaremos su membresía en el plan si no recibimos el pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D en un plazo de 90 días. Si tiene que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos recetados.

Si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D a tiempo, comuníquese con el Servicio al Cliente para determinar si podemos derivarlo a programas que lo ayuden con su multa. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

Si cancelamos su membresía porque no pagó su multa por inscripción tardía de la Parte D, tendrá cobertura de salud bajo Medicare Original. Siempre que esté recibiendo "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos recetados, continuará teniendo cobertura de medicamentos de la Parte D. Medicare lo inscribirá en un nuevo plan de medicamentos recetados para su cobertura de la Parte D.

Si cree que hemos cancelado su membresía por error, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión al presentar una queja. El Capítulo 9, Sección 11 de este folleto le informa cómo puede presentar una queja. Si tuvo una situación de emergencia que estaba fuera de su control y le impidió pagar sus primas dentro de nuestro período de gracia, puede pedirnos que reconsideremos esta decisión llamando al 1-866-229-4969 entre las 8 a.m. - 8 pm todos los días, del 1 de octubre al 31 de marzo; 8 a.m. - 8 p.m. lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe realizar su solicitud a más tardar 60 días después de la fecha de cancelación de su membresía.

Capítulo 1. Su inicio como miembro

Sección 4.3 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

No. No se nos permite comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero del nuevo año.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que deba comenzar a pagar o que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía. (La multa por inscripción tardía puede aplicarse si tuvo un período continuo de 63 días o más donde no tuvo cobertura "acreditable" para los medicamentos que requieren receta médica). Esto podría suceder si reúne los requisitos para el programa de "Ayuda adicional" o si pierde su elegibilidad para el programa de "Ayuda adicional" durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y reúne los requisitos para recibir "Ayuda adicional" durante el año, podría dejar de pagar su multa.
- Si en algún momento pierde su subsidio de bajos ingresos ("Ayuda adicional"), usted estará sujeto a la multa mensual por inscripción tardía de la Parte D si en algún momento no tuvo cobertura acreditable para medicamentos que requieren receta médica durante 63 días o más.

Puede obtener más información sobre el programa de "Ayuda adicional" en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Sección 5.1 Cómo ayudar a garantizar que tengamos la información exacta sobre usted

Su registro de membresía tiene información proveniente de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan deben tener la información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su expediente de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de los costos compartidos para usted.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Capítulo 1. Su inicio como miembro

Háganos saber acerca de estos cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge, el seguro de compensación de trabajadores o Medicaid).
- Si tiene reclamos de responsabilidad, como reclamos de un accidente automovilístico
- Si ha sido admitido en un centro para personas mayores
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si su parte responsable designada (como un cuidador) cambia
- Si participa en un estudio de investigación clínica

Si alguna de esta información cambia, infórmenos llamando al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto)

También es importante comunicarse con la Administración del Seguro Social si se muda o cambia su dirección de correo. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de la Administración del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Lea la información que le enviamos sobre cualquier otra cobertura de seguro que tenga.

Medicare requiere que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otro seguro, consulte la Sección 7 de este capítulo).

Una vez al año, le enviaremos una carta que describe cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de la cual tengas información. Lea esta información detenidamente. Si es exacta, no necesita hacer nada. Si la información es inexacta o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame a Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información médica personal

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida

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

Capítulo 1. Su inicio como miembro

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información médica personal, consulte el Capítulo 8, Sección 1.4 de este folleto.

SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?

Cuando tiene otro seguro (como cobertura de salud grupal por parte del empleador), existen reglas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se llama “pagador primario” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, llamado “pagador secundario”, solo paga si la cobertura primaria deja costos sin cubrir. Puede que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos.

Estas reglas se aplican a la cobertura del plan de salud grupal del empleador o sindicato:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el plan de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y si usted tiene Medicare en función de la edad, discapacidad o una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés):
 - Si tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tenga más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tenga más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura, por lo general, pagan primero por los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluido seguro de automóvil)
- Beneficios por la enfermedad de pulmones negros
- Compensación de trabajadores

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

Capítulo 1. Su inicio como miembro

Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, o si necesita actualizar la información de su otro seguro, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

Números telefónicos y recursos importantes

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con el Servicio al Cliente en el plan).....	22
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)	28
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	30
SECCIÓN 4	Organización para el Mejoramiento de la Calidad (lo paga Medicare para verificar la calidad de la atención de las personas con Medicare).....	31
SECCIÓN 5	Administración del Seguro Social	31
SECCIÓN 6	Medicaid (un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados).....	32
SECCIÓN 7	Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados	35
SECCIÓN 8	Cómo contactar a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios	38

SECCIÓN 1 Contactos de FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con el Servicio al Cliente en el plan)

Cómo contactar al Servicio al cliente de nuestro plan

Para asistencia con reclamos, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Servicio al cliente de FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP). Será un placer ayudarle.

Método	Servicio al cliente: Información de contacto
LLAME	1-866-229-4969 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m. todos los días; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. El Servicio al cliente también pone a disposición servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o lingüísticas. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m. todos los días; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.
FAX	1-877-878-8422
ESCRIBA A	FirstCare Health Plans 1901 West Loop 289, Suite 9 Lubbock, TX 79407
SITIO WEB	firstcare.com/dualsnp

Cómo comunicarse con nosotros al solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Puede llamarnos si tiene preguntas sobre nuestro proceso de decisión de cobertura.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Decisiones de cobertura para la atención médica: información de contacto
LLAME	<p>Al 1-866-229-4969 (Determinaciones de la organización estándares o Determinaciones de la organización aceleradas)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m. todos los días; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.</p> <p>1-800-884-4905 (Determinaciones aceleradas de la organización)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>De 6 a.m. a 6 p.m., de lunes a viernes; de 9 a.m. a 12 p.m. sábado y domingo.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o lingüísticas.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m. todos los días; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.</p>
FAX	<p>1-800-248-1852 (Determinaciones estándares de la organización)</p> <p>1-806-784-4319 (Determinaciones aceleradas de la organización)</p>
ESCRIBA A	<p>FirstCare Health Plans Atención: FirstCare Advantage Dual SNP Coverage 12940 N. Hwy 183 Austin, TX 78750</p>
SITIO WEB	firstcare.com/dualsnp

Cómo comunicarse con nosotros al presentar una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Apelaciones de atención médica: información de contacto
LLAME	<p>1-866-229-4969</p> <p>Llame a este número del 1 de octubre al 31 de marzo de 8 a.m. a 8 p.m. todos los días; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.</p>

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Apelaciones de atención médica: información de contacto
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o lingüísticas. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m. todos los días; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.
FAX	1-806-784-4319
ESCRIBA A	FirstCare Health Plans Atención: Departamento de Quejas y Apelaciones 12940 N. Hwy 183 Austin, TX 78750
SITIO WEB	firstcare.com/dualsnp

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

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de los proveedores de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye controversias de cobertura o pago. (Si su problema es sobre la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
LLAME	1-866-229-4969 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m. todos los días; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o lingüísticas. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m. todos los días; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.
FAX	1-806-784-4319

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
ESCRIBA A	FirstCare Health Plans Atención: Departamento de Quejas y Apelaciones 12940 N. Hwy 183 Austin, TX 78750
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicite una decisión de cobertura para sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos recetados cubiertos bajo el beneficio de la Parte D que está incluido en su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura para sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura para medicamentos que requieren receta médica de la Parte D: información de contacto
LLAME	1-866-229-4969 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, 8 a.m. a 8 p.m. todos los días; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o lingüísticas. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, 8 a.m. a 8 p.m. todos los días; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.
FAX	1-855-668-8552
ESCRIBA A	Navitus PO Box 1039 Appleton, WI 54912-1039
SITIO WEB	firstcare.com/dualsnp

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros al presentar una apelación para sus medicamentos recetados de la Parte D**

Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Apelaciones por medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME	1-866-229-4969 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m. todos los días; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o lingüísticas. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m. todos los días; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.
FAX	1-844-268-9791
ESCRIBA A	Navitus PO Box 1039 Appleton, WI 54912-1039
SITIO WEB	firstcare.com/dualsnp

Cómo comunicarse con nosotros al presentar una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o una de las farmacias de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye controversias de cobertura o pago. (Si su problema es sobre la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME	1-866-229-4969 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, 8 a.m. a 8 p.m. todos los días; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o lingüísticas. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, 8 a.m. a 8 p.m. todos los días; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.
FAX	1-806-784-4319
ESCRIBA A	FirstCare Health Plans Atención: Departamento de Quejas y Apelaciones 12940 N. Hwy 183 Austin, TX 78750
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar una solicitud para solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que haya recibido.

Para obtener más información sobre situaciones en las que puede necesitar solicitarnos un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*)

Por favor, tenga en cuenta que: si nos envía una solicitud de pago y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) para más información.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Solicitud de pago: información de contacto
LLAME	<p>Solicitudes de pago de la Parte C y D 1-866-229-4969</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m. todos los días; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.</p>
TTY	<p>Solicitudes de pago de la Parte C y D 711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o lingüísticas.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m. todos los días; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.</p>
FAX	<p>Solicitudes de pago de la Parte C y D 1-806-784-4319</p>
ESCRIBA A	<p>Solicitudes de pago de la Parte C FirstCare Health Plans Atención: Reclamaciones – solicitudes de pago de la Parte C de Medicare 12940 N. Hwy 183 Austin, TX 78750</p> <p>Solicitudes de pago de la Parte D Reclamos manuales de FirstCare PO Box 1039 Appleton, WI 54912-1039</p>
SITIO WEB	firstcare.com/dualsnp

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados "CMS" por sus siglas en inglés). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluida la nuestra.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Medicare: información de contacto
LLAME	<p>1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227</p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>24 horas al día, 7 días a la semana.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o lingüísticas.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
SITIO WEB	<p>https://www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y los problemas actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, centros para personas mayores, médicos, agencias de salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también brinda información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción a través de las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herramienta de elegibilidad de Medicare: brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • Buscador de planes de Medicare: brinda información personalizada sobre los planes disponibles para medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas brindan una <i>aproximación</i> de cuánto podrían ser los costos que tendría que desembolsar en los distintos planes de Medicare. <p>También puede usar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe a Medicare sobre su queja: Puede enviar una queja sobre FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio sus quejas y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para personas mayores puede ayudarle a visitar este sitio web en su computadora. O puede llamar a Medicare y decirles qué tipo de información desea. Encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (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>

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

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

Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud de Texas (HICAP, por sus siglas en inglés).

El Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud de Texas (HICAP) es una entidad independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito a nivel local sobre seguros de salud a personas con Medicare.

Los asesores del Programa de Asesoramiento y Defensa de Información de Salud de Texas (HICAP) pueden ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarle a entender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del Programa de Asesoramiento y Defensa de Información de Salud de Texas (HICAP) también pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Método	Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud de Texas (HICAP, por sus siglas en inglés): información de contacto
LLAME	1-800-252-9240 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 12 p.m. y de 1 p.m. a 5 p.m.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o lingüísticas.
ESCRIBA A	Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud de Texas PO Box 149104 Austin, TX 78714
SITIO WEB	http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (lo paga Medicare para verificar la calidad de la atención de las personas con Medicare)**

Hay una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Texas, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama KEPRO.

KEPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

Debe comunicarse con KEPRO en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Cree que la cobertura de su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Cree que la cobertura de su atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios del centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) finaliza demasiado pronto.

Método	KEPRO (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Texas): información de contacto
LLAME	1-888-315-0636 Días de semana: de 9 a.m. a 5 p.m. Fines de semana y días festivos: 11 a.m. a 3 p.m.
TTY	1-855-843-4776 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o lingüísticas.
ESCRIBA A	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd, Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	https://www.keproqui.com

SECCIÓN 5 Administración del Seguro Social

La Administración del Seguro Social tiene la responsabilidad de determinar la elegibilidad y administrar la inscripción para Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o enfermedad renal en

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

etapa terminal y cumplen con ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. La Administración del Seguro Social administra el proceso de inscripción para Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar a la Administración del Seguro Social o visitar la oficina local de esta.

La Administración del Seguro Social también tiene la responsabilidad de determinar quién tiene que pagar un monto adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D en función de ingresos superiores. Si recibió una carta de la Administración del Seguro Social que le informa que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que le cambió la vida, puede llamar a la administración para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección de correo, es importante que se comunique con la Administración del Seguro Social para informarle.

Método	Administración del Seguro Social: información de contacto
LLAME	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratis. Disponibles de 7 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados de la Administración del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o lingüísticas. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponibles de 7 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	https://www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid (un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)

Medicaid es un programa gubernamental conjunto a nivel federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos "Programas de

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

ahorros de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas que son QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (QMB +)). En Texas, el QMB se conoce como el Beneficiario calificado de Medicare de Medicaid (MQMB, por sus siglas en inglés).
- **Beneficiarios especificados para personas de bajos ingresos de Medicare (SLMB, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona calificada (QI, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas discapacitadas elegibles que trabajan (QDWI, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe por parte de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Método	El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas: (Programa Medicaid de Texas): Información de contacto
LLAME	2-1-1 o 1-877-541-7905 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o lingüísticas.
ESCRIBA A	Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas Oficina del Defensor de pacientes (las oficinas de elegibilidad se encuentran en todo el estado) MC H-700 P. O. Box 13247 Austin, TX 78711-3247
SITIO WEB	https://www.yourtexasbenefits.com/Learn/Home o www.211.texas.org

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

La Oficina del Defensor de pacientes de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas de servicio o facturación. Pueden ayudarle a presentar una queja o apelación ante nuestro plan.

Método	Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas: Oficina del Defensor del paciente: Información de contacto
LLAME	1-877-787-8999 de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o lingüísticas.
ESCRIBA A	Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas Oficina del Defensor de pacientes MC H-700 PO Box 13247 Austin, Texas 78711-3247
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/about-hhs/your-rights/hhs-office-ombudsman

El Programa de medicamentos de proveedores de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas brinda acceso en todo el estado a medicamentos ambulatorios cubiertos para las personas que están inscritas en Medicaid.

Método	Vendedor de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas Programa de Medicamentos: Información de contacto
LLAME	1-800-435-4165 de 8:30 a.m. a 5:15 p.m., de lunes a viernes
FAX	1-512-730-7477
ESCRIBA A	Programa de medicamentos del proveedor (MC-2250) Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas 4900 North Lamar BLVD Austin, TX 78751
SITIO WEB	https://www.txvendordrug.com

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

El Programa de defensa de pacientes para la atención a largo plazo del área de gobiernos de South Plains ayuda a las personas a obtener información sobre los centros para personas mayores y resolver problemas entre los centros para personas mayores y los residentes o sus familias.

Método	Programa de defensa de pacientes para la atención a largo plazo del área de gobiernos de South Plains: Información de contacto
LLAME	1-806-687-0940 o 1-888-418-6564
ESCRIBA A	Programa de defensa de pacientes para la atención a largo plazo del área de gobiernos de South Plains 1323 58th Street / PO Box 3730 Freedom Station Lubbock, Texas 79452-3730
SITIO WEB	http://spag.org//

Método	Agencia del área sobre el envejecimiento (AAA, por sus siglas en inglés) de Panhandle: Información de contacto
LLAME	1-806-331-2227 ext. 312 o 1-800-642-6008 de 8 a.m. a 5 p.m. lunes a viernes
ESCRIBA A	Agencia del área sobre el envejecimiento (AAA, por sus siglas en inglés) de Panhandle 415 Southwest 8th Street Amarillo, TX 79101
SITIO WEB	http://www.theprpc.org

SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados

Programa de "Ayuda adicional" de Medicare

Debido a que es elegible para Medicaid, usted califica y recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan para los medicamentos recetados. No necesita hacer nada más para obtener esta "Ayuda adicional".

Si tiene preguntas sobre la "Ayuda adicional", llame al:

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

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

- La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes) (consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si considera que está pagando un monto de costo compartido incorrecto cuando obtiene su receta en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago correspondiente o, si ya tiene la evidencia, para proporcionarnos esta evidencia.

- Llame al Servicio al cliente si necesita ayuda para obtener la mejor evidencia disponible y para proporcionar esta evidencia. FirstCare Health Plans revisará cualquier tipo de evidencia, como una carta de concesión de Medicaid, una tarjeta de Medicaid, una carta de aprobación de subsidio por bajos Ingresos u otros documentos específicos del estado para determinar la posible evidencia de subsidio por bajos Ingresos al momento de la compra de medicamentos recetados.
- Cuando recibamos la evidencia que muestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próxima receta en la farmacia. Si paga en exceso su copago, le reembolsaremos el dinero. Le enviaremos un cheque por el monto de su sobrepago o restableceremos los copagos futuros. Si la farmacia no ha cobrado un copago suyo y su copago se considera una deuda que usted aun debe, nosotros podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos hacer el pago directamente al estado. Comuníquese con el Servicio al cliente si tiene preguntas (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés)?

Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés) o en cualquier otro programa que brinde cobertura para medicamentos de la Parte D (que no sea “Ayuda adicional”), aún obtiene el 70% de descuento en medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca en la brecha de cobertura. El 70% de descuento y el 5% pagado por el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés)?**¿Qué es el Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)?**

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para ADAP que viven con VIH / SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia de costos compartidos del Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas. Nota: para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia estatal y estado de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y estado sin seguro/con seguro insuficiente.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Si actualmente está inscrito en un ADAP, puede continuar brindándole asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para los medicamentos que figuran en el formulario de ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifique a su trabajador de inscripción local de ADAP sobre cualquier cambio en el nombre de su plan de Medicare Parte D o en el número de póliza. Puede comunicarse con el Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas al 1-800-255-1090.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-255-1090.

¿Qué sucede si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados?

¿Puede obtener los descuentos?

La mayoría de nuestros miembros reciben "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan para los medicamentos recetados. Si recibe “Ayuda adicional”, el Programa de descuento durante la brecha entre cobertura de Medicare no se aplica a su caso. Si recibe “Ayuda adicional”, ya tiene cobertura para los costos de sus medicamentos recetados durante la brecha entre cobertura.

¿Qué sucede si no obtiene un descuento y cree que debería tenerlo?

Si considera que ha alcanzado la brecha entre cobertura y no obtuvo un descuento al pagar su medicamento de marca, debe leer su próximo aviso de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EDB de la parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de recetas sean correctos y estén actualizados. Si no aceptamos que se le debe un descuento, puede apelar la decisión. Puede obtener ayuda para presentar una apelación del su Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (SHIP) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este Capítulo) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados tienen programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos recetados en función de sus necesidades financieras, edad, condición médica o discapacidad. Cada estado tiene diferentes reglas al brindar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Texas, los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica son el Programa de Atención de Salud Renal (SPAP, por sus siglas en inglés) y el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés) para el VIH de Texas.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Programa de atención de salud renal de Texas (SPAP): información de contacto
LLAME	1-800-222-3986
TTY	711
ESCRIBA A	Programa de atención de salud renal de Texas Departamento de Servicios de Salud del Estado MC 1938 PO Box 149347 Austin, TX 78714 kidneynet@dshs.state.tx.us
SITIO WEB	http://www.dshs.state.tx.us/kidney/default.shtm

Método	Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal (SPAP, por sus siglas en inglés) para VIH de Texas: información de contacto
LLAME	1-800-255-1090 EXT: 3004
TTY	711
ESCRIBA A	Programa Estatal de Asistencia de Farmacéutica contra el VIH de Texas PO BOX 149347, MC 1873 Austin, Texas 78714
SITIO WEB	http://www.dshs.state.tx.us/hivstd/meds/spap.shtm

SECCIÓN 8 Cómo contactar a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si tiene preguntas sobre sus beneficios por parte de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Si recibe su Medicare a través de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios: Información de contacto
LLAME	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>Si presiona "0", puede hablar con un representante de RRB (Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios) de 9a.m. a 3:30 p.m., Lunes, martes, jueves y viernes, y los miércoles de 9 am a 12 pm.</p> <p>Si presiona "1", puede acceder a la línea de ayuda automatizada de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.</p>
TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o lingüísticas.</p> <p>Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.</p>
SITIO WEB	<p>https://secure.rrb.gov/</p>

CAPÍTULO 3

Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos.

SECCIÓN 1	Lo que debe saber sobre la cobertura de su atención médica como miembro de nuestro plan.....	43
Sección 1.1	¿Qué son los "proveedores de la red" y los "servicios cubiertos"?	43
Sección 1.2	Reglas básicas para recibir la atención médica cubierta por el plan	43
SECCIÓN 2	Use proveedores de la red del plan para obtener su atención médica.	45
Sección 2.1	Puede elegir un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para que le brinde y supervise su atención médica.....	45
Sección 2.2	¿Qué tipo de atención médica puede obtener sin la aprobación previa de su PCP?.....	46
Sección 2.3	Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red	46
Sección 2.4	Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red	48
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención o durante un desastre.....	48
Sección 3.1	Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica	48
Sección 3.2	Cómo recibir atención cuando precisa servicios de urgencia.....	49
Sección 3.3	Cómo recibir atención durante un desastre	50
SECCIÓN 4	¿Qué ocurre si le facturan directamente por los costos totales de sus servicios cubiertos?.....	51
Sección 4.1	Puede pedirnos que pagemos por los servicios cubiertos.....	51
Sección 4.2	¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?	51
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando se encuentra en un "estudio de investigación clínica"?	52
Sección 5.1	¿Qué es un "estudio de investigación clínica"?	52
Sección 5.2	Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién se encarga de pagar los distintos costos?	53
SECCIÓN 6	Reglas para recibir atención cubierta en una "institución de atención médica religiosa no médica"	54
Sección 6.1	¿Qué es una institución de atención de salud religiosa no médica?	54
Sección 6.2	¿Qué tipo de atención cubre nuestro plan en una institución de atención médica religiosa no médica?	54

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos.

SECCIÓN 7	Reglas para la propiedad de los equipos médicos duraderos	55
Sección 7.1	¿Será usted el dueño del equipo médico duradero después de realizar cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan?	55

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre la cobertura de su atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre el uso del plan para obtener la cobertura de su atención médica. Ofrece definiciones de términos y explica las reglas que deberá seguir para obtener los tratamientos, servicios y otra atención médica que cubre el plan.

Para obtener detalles sobre qué atención médica está cubierta por nuestro plan y cuánto paga cuando recibe esta atención, use el cuadro de beneficios en el próximo capítulo, Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, qué está cubierto y qué paga*)

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

A continuación definimos ciertos términos para que entienda cómo puede recibir la atención y los servicios que están cubiertos para usted como miembro de nuestro Plan:

- **"Proveedores"** son médicos y otros profesionales de la salud con licencia estatal para ofrecer servicios y atención médica. El término "proveedores" también incluye a los hospitales y otros centros de atención médica.
- **"Proveedores de la red"** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestros pagos como pago total. En función de nuestro contrato, estos proveedores brindan servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos envían la factura directamente a nosotros por la atención que le brindan. Cuando visita a un proveedor de la red, usted no paga nada por los servicios cubiertos.
- **"Servicios cubiertos"** incluyen toda la atención médica, servicios, suministros y equipos de atención de la salud cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para atención médica se encuentran en el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

Sección 1.2 Reglas básicas para recibir la atención médica cubierta por el plan

Como plan de salud de Medicare, FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y puede ofrecer otros servicios además de los cubiertos por Medicare Original. Consulte el Capítulo 4, Sección 2 (Cuadro de beneficios) para obtener información rutinaria dental y de la vista.

FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP), por lo general, cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que recibe está incluida en el Cuadro de beneficios del plan** (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto).

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos.

- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** "Médicamente necesaria" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria de la red (PCP, por sus siglas en inglés) que le brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En algunas situaciones, su PCP de la red debe darle su aprobación por adelantado antes de que usted pueda usar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le conoce como brindarle una "derivación". Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Usted no necesita una referencia de su PCP para los servicios de atención de emergencia o que se necesitan con urgencia. También hay otros tipos de atención que puede recibir sin la aprobación previa de su PCP (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir su atención de parte de un proveedor de la red.** (Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. *A continuación se presentan las tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios que se necesitan con urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto y para saber qué significan los servicios de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar esta atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red. Es posible que se requieran autorizaciones previas para ciertos servicios; por lo tanto, comuníquese con FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) del plan antes de solicitar atención. En esta situación, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para recibir atención de un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.

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

Sección 2.1	Puede elegir un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para que le brinde y supervise su atención médica
--------------------	---

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

- Su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) trabaja para supervisar y coordinar sus necesidades generales de salud. Su PCP hace las derivaciones a los especialistas necesarios, revisa sus medicamentos y habla con usted sobre las opciones de tratamiento. Estos proveedores cumplen con los requisitos estatales y están capacitados para brindarle atención de rutina.
- Un PCP es un médico certificado en medicina familiar, medicina general, geriatría, obstetricia / ginecología o medicina interna.
- Un PCP que trabaja con FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) cumple con la función de punto de contacto principal para todas sus necesidades de salud. Esto incluye consultar con sus otros proveedores de atención médica, coordinar sus servicios como paciente hospitalizado o ambulatorio, terapias y atención de seguimiento.
- Los PCP le ayudarán a coordinar los servicios necesarios, como pruebas de laboratorio, radiología y equipo médico duradero/prótesis, particularmente si los servicios se realizan fuera de la red y se requiere una autorización. Por lo general, usted visitará a su PCP para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Se recomienda encarecidamente que transfiera todos sus expedientes médicos anteriores a su PCP.

¿Cómo elegir su PCP?

Puede elegir un PCP al consultar la lista de proveedores de la red en el Directorio de proveedores. Puede incluir al PCP en su formulario de solicitud de inscripción inicial (solicitud) o puede comunicarse con el Servicio al Cliente al 1-866-229-4969 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para designar un médico u obtener más ayuda.

¿Cómo cambiar de PCP?

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que encontrar un nuevo PCP.

Puede cambiar su selección de PCP comunicándose con el Servicio al cliente al 1-866-229-4969 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) Este cambio entrará en vigencia en la fecha en usted que llamó para realizar el cambio.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos.**Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica puede obtener sin la aprobación previa de su PCP?**

Puede obtener los servicios descritos a continuación sin la aprobación previa de su PCP.

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de mama, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los obtenga de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios que se necesitan con urgencia por parte de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red si los proveedores de la red no están disponibles o no es posible acceder a ellos temporalmente (por ejemplo, cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan)
- Servicios de diálisis renal que obtiene en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame al Servicio al cliente antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a coordinar su diálisis de mantenimiento mientras está fuera. Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación le presentamos algunos ejemplos:

- Oncólogos, que atienden pacientes con cáncer
- Cardiólogos, que atienden pacientes con condiciones cardíacas.
- Ortopedistas, que atienden pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares
- Puede buscar la atención de un especialista consultando su Directorio de proveedores o comunicándose con el Servicio al cliente para conocer los proveedores actuales de la red. Su PCP puede ayudar a coordinar la atención y los servicios ofrecidos por los especialistas dentro de la red de FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP).
- Necesitará obtener autorización previa si necesita recibir atención de un especialista fuera de la red. En general, FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) solo pagará por especialistas fuera de la red si no hay un especialista dentro de la red disponible para el servicio requerido.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos.

- Los proveedores son responsables de obtener autorizaciones previas para los servicios. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa.
- El PCP ayuda a coordinar los servicios y la atención. Los miembros deben comunicarse con el servicio al cliente para obtener instrucciones sobre cómo obtener una autorización previa.
- FirstCare Health Plans toma la decisión con respecto a cualquier solicitud de autorización previa para recibir servicios médicos.
- FirstCare Health Plans toma decisiones con respecto a cualquier solicitud de autorización previa para recibir servicios de salud mental.

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

Durante el año, podemos cambiar los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Existen varias razones por las cuales su proveedor podría abandonar su plan, pero si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare nos exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos lo posible por notificarle con al menos 30 días de antelación que su proveedor dejará nuestro Plan, así tendrá tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe ayudándole en sus necesidades de atención médica.
- Si usted está bajo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos para garantizarle, que el tratamiento médicamente necesario que usted está recibiendo no sea interrumpido.
- Si considera que no le hemos asignado un proveedor calificado para reemplazar a su antiguo proveedor o que su servicio de atención no está siendo administrado correctamente, tiene derecho de apelar nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y administrar su atención.

Una vez que se notifique a FirstCare Health Plans que un PCP ha abandonado nuestro plan, se lo informaremos por carta. Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio al cliente al 1-866-229-4969. Estamos disponibles: del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m. todos los días; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede consultar nuestro Directorio de proveedores en el sitio web firstcare.com/dualsnp, que se actualiza cada mes. Este directorio tiene la información más actualizada sobre los proveedores de nuestro plan.

Sección 2.4 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

En términos generales, debe usar proveedores de la red para recibir atención cubierta. Sin embargo, si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar esta atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red. Lo alentamos a que trabaje con su PCP o especialista de la red cuando realice solicitudes de atención fuera de la red. Es probable que su médico pueda explicarle mejor su afección médica y pueda proporcionarle detalles especiales sobre su solicitud. Para obtener autorización previa, comuníquese con el Servicio al cliente al 1- 866-229-4969 (TTY: 711).

Nota: los miembros tienen derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para servicios urgentes o servicios que se necesitan con urgencia fuera del área. Además, los planes deben cubrir los servicios de diálisis para los miembros de ESRD que han viajado fuera del área de servicio de los planes y no pueden acceder a los proveedores de ESRD contratados.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos 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**" se produce cuando usted u otra persona prudente, no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento o la pérdida de una extremidad o de una función de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. En estos casos *no* necesita obtener la aprobación ni una derivación previa de su PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan tenga conocimiento de su emergencia.** Necesitamos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, por lo general, en un plazo de 48 horas. Llame al servicio al cliente al 1-866-229-4969 (los usuarios de TTY deben llamar 711) El horario: del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m. todos los días; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos.

¿Qué abarca la cobertura en caso de una emergencia médica?

Usted puede recibir atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro Plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que el traslado a la sala de emergencias en otro medio de transporte podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4 de este folleto.

Si tiene una emergencia, consultaremos con los médicos que le brindan atención de emergencia para ayudarle a administrar y hacer seguimiento a la atención. Los médicos que le brinden la atención de emergencia decidirán en qué momento su afección es estable y la emergencia médica ha terminado.

Después de que termine la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su afección continúe estable. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si su atención de emergencia es brindada por proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué pasa si no fue una emergencia médica?

A veces, puede resultar difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede ingresar para recibir atención de emergencia con la sensación de que su salud corre peligro grave, pero el médico puede afirmar que no se trataba de una emergencia médica, después de todo. Si resulta que no se trataba de una emergencia médica, siempre y cuando usted haya pensado razonablemente que su salud corría peligro grave, cubriremos su atención.

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

- Acude a un proveedor de la red para recibir atención adicional.
- - o - La atención adicional que recibe se considera como "servicios que se necesitan con urgencia" y usted sigue las reglas para obtener esta atención de urgencia (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2	Cómo recibir atención cuando precisa servicios de urgencia
--------------------	---

¿Qué son los "servicios que se necesitan con urgencia"?

Los "servicios que se necesitan con urgencia" son una enfermedad, lesión o condición médica inesperada que no constituye una emergencia, pero que requiere de atención médica inmediata. Los servicios que se necesitan con urgencia pueden ser suministrados por proveedores de la red o fuera de la red, si los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no puede acceder a ellos. La condición inesperada podría ser, por ejemplo, el recrudecimiento inesperado de una afección existente.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicios del Plan cuando necesita atención médica de urgencia?

Siempre debe intentar obtener los servicios que se necesitan con urgencia de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o no es posible acceder a ellos temporalmente y no se considera razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios que se necesitan con urgencia que obtiene de un proveedor fuera de la red.

Consulte el Directorio de proveedores para obtener una lista de los centros de atención urgente disponibles en nuestra red. Los miembros también pueden contactar al Servicio al cliente para obtener información adicional.

¿Qué pasa si está fuera del área de servicio del plan cuando necesita atención urgente?

Cuando está fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios que se necesitan con urgencia que obtenga de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios que se necesitan con urgencia con ni ningún otro servicio si recibe atención fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3	Cómo recibir atención durante un desastre
--------------------	--

Si el gobernador de su estado, el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el Presidente de los Estados Unidos declara un estado en su área geográfica como zona de desastre o emergencia, aún tiene derecho a recibir atención por parte de su plan.

Por favor visite el siguiente sitio web: firstcare.com/dualsnp para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Por lo general, si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con los costos compartidos dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, puede surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué ocurre si le facturan directamente por los costos totales de sus servicios cubiertos?

Sección 4.1 Puede pedirnos que paguemos por los servicios cubiertos.
--

Si ha pagado más que lo que corresponde de su parte por los servicios cubiertos, o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?

FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, que se enumeran en el Cuadro de beneficios del plan (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto) y que se obtienen de acuerdo con las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red y no estaban autorizados.

Si tiene alguna pregunta sobre si pagaremos por algún servicio o atención médica que esté considerando, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de recibirlo. También tiene derecho a solicitarlo por escrito. Si decimos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

El Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) tiene más información sobre qué hacer si desea que tomemos una decisión respecto a una cobertura o si desea apelar una decisión que ya hemos tomado. También puede llamar a Servicio al cliente para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de los servicios que recibe después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Si un servicio no está cubierto, los gastos que desembolsa no contarán para el límite máximo de desembolso. Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2 para obtener información adicional sobre su desembolso máximo. Puede llamar al Servicio al Cliente cuando desee saber cuánto de su límite de beneficios ya ha utilizado.

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

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"?

Un estudio de investigación clínica (también llamado “ensayo clínico”) es un proceso que utilizan los médicos y los científicos para probar nuevos tipos de atención médica, como por ejemplo, observar qué tan bien funciona un nuevo medicamento para el cáncer. Prueban nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos solicitando la participación de voluntarios para ayudar en el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación, que ayuda a los médicos y a los científicos a analizar si los nuevos enfoques son efectivos y seguros.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos para los miembros de nuestro plan. En primer lugar, Medicare debe aprobarlos. Si participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos por su participación en el estudio.*

Una vez que Medicare haya aprobado el estudio, una de las personas que trabajan en él se comunicará con usted para brindarle más información al respecto y verificar que reúne los requisitos establecidos por los científicos que realizan el estudio. Puede participar en el estudio siempre que cumpla con los requisitos para el estudio, y usted comprenda y acepte completamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original pagará la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte de dicho estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro Plan y seguir recibiendo el resto de su atención (la atención no relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan ser parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.**

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto) para informarles que participará en un ensayo clínico y para obtener detalles más específicos sobre el monto que el plan le pagará.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos.**Sección 5.2 Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién se encarga de pagar los distintos costos?**

Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura para artículos y servicios de rutina que recibirá como parte del estudio, entre ellos:

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

Medicare Original paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Al igual que con todos los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos que reciba en el estudio de investigación clínica.

Para que podamos pagar nuestros costos compartidos, necesitará enviarnos una solicitud de pago. Con su solicitud, deberá enviarnos una copia de sus Avisos de resumen de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

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

- En general, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted *no* estuviera participando en un estudio.
- Los artículos y servicios que el estudio le brinda a usted o a cualquier participante de forma gratuita
- Los artículos o servicios proporcionados solo para recopilar datos y que no son utilizados en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica leyendo la publicación "Medicare y los estudios de investigación clínica" en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) 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 Reglas para recibir atención cubierta en una “institución de atención médica religiosa no médica”

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

Una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud es un centro que brinda atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, en su lugar, brindaremos cobertura para la atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud. Puede elegir buscar atención médica en cualquier momento por cualquier motivo. Este beneficio se proporciona solo para servicios de pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios no médicos dedicados al cuidado de la salud). Medicare solo pagará los servicios no médicos dedicados al cuidado de la salud brindados por instituciones religiosas no médicas dedicadas al cuidado de la salud.

Sección 6.2	¿Qué tipo de atención cubre nuestro plan en una institución de atención médica religiosa no médica?
--------------------	--

Para recibir atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud, debe firmar un documento legal que diga que se opone concienzudamente a recibir un tratamiento médico "no objetado".

- La atención o tratamiento médico "no objetado" es cualquier atención o tratamiento médico que sea *voluntario* y *no requerido* por alguna ley federal, estatal o local alguna.
- El tratamiento médico "objetado" es la atención médica o tratamiento que usted recibe y que es *no* voluntario o *es requerido* según las leyes federales, estatales o locales.

Para recibir cobertura de nuestro Plan, la atención que recibe en una institución de atención médica religiosa no médica debe cumplir las siguientes condiciones:

- La instalación que brinda la atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de los servicios que recibe de nuestro plan se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le proporcionan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos para atención pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada.
 - - y - Debe obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de ser admitido en el centro o su estadía no estará cubierta.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos.

Se pueden aplicar los límites de cobertura para pacientes hospitalizados de Medicare. Consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4 para obtener información adicional sobre la cobertura como paciente hospitalizado.

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de los equipos médicos duraderos

Sección 7.1	¿Será usted el dueño del equipo médico duradero después de realizar cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan?
--------------------	--

El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, colchones de sistema eléctrico, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión IV, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar. El miembro siempre es el dueño de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, describimos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME se convierten en dueños de dichos equipos después de abonar copagos durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP), generalmente no adquirirá la propiedad de los artículos DME alquilados sin importar cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. Bajo ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad de un artículo de DME. Llame al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto) para conocer los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar.

¿Qué sucede con los pagos realizados por los equipos médicos duraderos si se cambia a Medicare Original?

Si no adquirió la propiedad del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Medicare Original para convertirse en propietario el artículo. Los pagos que realizó mientras estaba en nuestro plan no se tomarán en cuenta para estos nuevos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo del DME en Medicare Original *antes de* que se uniera a nuestro plan, sus pagos anteriores tampoco cuentan para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Medicare Original para adquirir el artículo. No existe ninguna excepción para este caso cuando regresa a Medicare Original.

CAPÍTULO 4

*Cuadro de beneficios (qué está
cubierto)*

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

SECCIÓN 1	Explicación de los servicios cubiertos.....	58
Sección 1.1	Usted no paga nada por sus servicios cubiertos.	58
Sección 1.2	¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?.....	58
SECCIÓN 2	Consulte <i>el Cuadro de beneficios</i> para conocer qué está cubierto	59
Sección 2.1	Sus beneficios médicos como miembro del plan	59
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP)?	96
Sección 3.1	Servicios que <i>no</i> están cubiertos por FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP).....	96
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?.....	96
Sección 4.1	Servicios que <i>no</i> están cubiertos por el plan (exclusiones).....	96

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

SECCIÓN 1 Explicación de los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en qué servicios están cubiertos. Incluye un Cuadro de beneficios que enumera sus servicios cubiertos como miembro de FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP). Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos.

Sección 1.1	Usted no paga nada por sus servicios cubiertos.
--------------------	--

Debido a que recibe asistencia de Medicaid, usted no paga nada por sus servicios cubiertos, siempre y cuando cumpla con las reglas de los planes para obtener su atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las reglas de los planes para obtener su atención).

Sección 1.2	¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?
--------------------	---

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este desembolso máximo. Usted no es responsable de pagar ningún costo de desembolso que cuentan como el monto máximo de desembolso por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Debido a que está inscrito en un plan de Medicare Advantage, existe un límite para el monto de desembolso que usted paga cada año por los servicios médicos que están cubiertos por nuestro plan (consulte el Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 a continuación). Este límite se denomina monto máximo de desembolso por servicios médicos.

Como miembro de FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP), lo máximo que tendrá que pagar como costo de desembolso por los servicios de la Parte A y Parte B en el 2020 es de \$6,700. Los montos que paga por sus copagos y coseguros por los servicios cubiertos cuentan para este monto máximo de desembolso. (El monto que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuenta para su monto máximo de desembolso.) Si alcanza la cantidad máxima de desembolso de \$6,700, no tendrá que pagar ningún costo de desembolso durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero paguen su prima de la Parte B).

SECCIÓN 2 Consulte el Cuadro de beneficios para conocer qué está cubierto

Sección 2.1 Sus beneficios médicos como miembro del plan
--

El Cuadro de beneficios en las siguientes páginas enumera los servicios que FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) cubre. Los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben brindarse de acuerdo con las directrices de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluidos la atención médica, los servicios, suministros y equipos) *deben* necesarios según criterio médico. "Médicamente necesaria" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.
- Recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta. El Capítulo 3 proporciona más información sobre los requisitos para usar proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP, por sus siglas en inglés) que le brinda y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos *solamente* si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (a veces se denomina "autorización previa") de nuestra parte. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en el Cuadro de beneficios médicos con un asterisco

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Usted está cubierto por Medicare y Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. Medicaid cubre sus costos compartidos por los servicios de Medicare, incluidos los copagos hospitalarios y médicos. Medicaid también cubre los servicios que Medicare no cubre, como el transporte médico.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su folleto *Medicare y usted de 2020*. Revíselo en línea en <https://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 costo por Medicare Original, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o control por una afección médica existente durante la visita cuando recibe el

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección médica existente.


- A veces, Medicare aumenta cobertura a través de Medicare Original para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante el 2020, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de seis meses de nuestra elegibilidad continúa aproximada, continuaremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no pagaremos las primas de Medicare ni los costos compartidos por los cuales el estado sería responsable de no haber perdido su elegibilidad para Medicaid. Los montos de costo compartido de Medicare por los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.

Usted no paga nada por los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.




Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en el Cuadro de beneficios.




Cuadro de beneficios

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Un examen de detección con ultrasonido una única vez para pacientes con riesgo. El plan cubre solamente este examen de detección si usted tiene determinados factores de riesgo y obtiene una referencia para este de su médico, asistente médico, enfermero especializado o especialista en enfermería clínica.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen preventivo.



Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios en avión, en helicóptero y por tierra al centro adecuado más cercano que pueda brindar la atención, solo si se proporcionan a un afiliado cuya afección médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona, o si los servicios están autorizados por el plan. • El transporte en ambulancia que no es de emergencia se considera apropiado cuando se demuestra que la afección del afiliado es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona, y el transporte en ambulancia es médicamente necesario 	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada viaje de un trayecto en un transporte terrestre cubierto por Medicare.</p> <p>Los servicios de ambulancia que no sean de emergencia requieren autorización previa.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada viaje de un trayecto en un transporte aéreo cubierto por Medicare.</p> <p>Los servicios de ambulancia que no sean de emergencia requieren autorización previa.</p>
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una visita anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado con base en su salud y sus factores de riesgo actuales. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: su primera visita de bienestar anual no puede realizarse antes de transcurridos 12 meses de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de "Bienvenido a Medicare" para tener cobertura para las visitas de bienestar anuales si ha tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.</p>



Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Medición de masa ósea</p> <p>Para las personas calificadas (generalmente, esto significa personas en riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la medición de masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> 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 los 39 años de edad • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Se cubren los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento para los miembros que cumplen ciertas condiciones con la derivación de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que generalmente son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada servicio de rehabilitación cardíaca intensivo cubierto por Medicare.</p>
<p> Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular)</p> <p>Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico podría recomendarle el uso de aspirina (de ser apropiado), revisar su presión sanguínea y darle algunos consejos sobre alimentación saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de la terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares.</p>



Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Pruebas de detección de enfermedad cardiovascular. Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses)</p>	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años.
<p> Detección de cáncer de cuello uterino y cáncer vaginal. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: se cubren los exámenes de Papanicolaou y los exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si usted tiene un alto riesgo de cáncer de cuello uterino o cáncer vaginal o está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvicos cubiertos por Medicare.
<p>Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: Cubrimos solo la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones</p>	Usted paga un copago de \$0 por cada visita quiropráctica cubierta por Medicare

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para personas mayores de 50 años, se cubren los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o como alternativa, examen de detección con enema de bario) cada 48 meses <p>Uno de las siguientes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de sangre oculta en materia fecal basada en guayacol (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) <p>Examen de detección de cáncer colorrectal basado en el ADN cada 3 años</p> <p>Para las personas que presentan un alto riesgo de contraer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección (o como alternativa, examen de detección con enema de bario) cada 24 meses <p>Para las personas que no presentan un alto riesgo de contraer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:</p> <p>Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero en los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia de detección</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada enema de bario cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Cubrimos hasta 1 visita de rutina por año, que incluye un examen oral, limpieza, tratamiento con flúor y radiografías dentales.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita dental cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p> Detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La evaluación debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y/o derivaciones.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una visita anual de detección de depresión.</p>


Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Detección de diabetes</p> <p>Cubrimos este examen de detección (incluye pruebas de glicemia en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>En base a los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para un máximo de dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos.</p> <p>Para todos los pacientes diabéticos (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para monitorear los niveles de glucosa en la sangre: Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, así como soluciones para control de la glucosa que sirven para verificar la precisión de las tiras de prueba y los monitores. • Para las personas con diabetes que padecen enfermedad diabética severa de los pies: Un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (incluidas las plantillas proporcionadas junto a esos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (no incluye las plantillas extraíbles estándar que acompañan a esos zapatos). La cobertura incluye los ajustes. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. 	<p>Usted paga un copago de \$0 por los suministros para monitoreo de la diabetes cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de capacitación para el autocontrol de la diabetes cubiertos por Medicare.</p>


Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados</p> <p>(La definición de “equipo médico duradero” se incluye en el Capítulo 12 de este folleto).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones accionados, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso domiciliario, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o andadores.</p> <p>Cubrimos todo el equipo médico duradero médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no cuenta con una marca o fabricante en particular, puede solicitarle que lo ordene especialmente para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en firstcare.com/dualsnp</p> <p>En general, FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) cubre cualquier DME cubierto por Medicare Original de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otros proveedores nos confirmen que la marca es apropiada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es nuevo en FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) y está utilizando una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos cubriéndola por hasta 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita para obtener una segunda opinión).</p> <p>Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es apropiada para su afección médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, <i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).</i>)</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por el equipo médico duradero cubierto por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido por los servicios de emergencia necesarios que son brindados fuera de la red es el mismo que el de los servicios brindados dentro de la red.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado después de que su condición de emergencia se estabilice, debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe siendo cubierta.</p> <p>No está cubierto fuera de los Estados Unidos y sus territorios, excepto en circunstancias limitadas. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.</p>
<p> Programas educativos de salud y bienestar.</p> <p>Estos son programas enfocados en condiciones de salud como presión arterial alta, colesterol, asma y dietas especiales. Los programas diseñados para enriquecer la salud y el estilo de vida de los miembros incluyen el control del peso, el estado físico y el manejo del estrés.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para un programa educativo anual de salud y bienestar.</p>
<p>Servicios auditivos</p> <p>Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por el proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando son provistas por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas relacionados con la audición y el equilibrio.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección del VIH</p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que presentan un mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente:</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 tres exámenes de detección durante el embarazo. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles por el examen para la detección preventiva del VIH cubierto por Medicare.</p>
<p>Atención de una agencia de salud en el hogar</p> <p>Antes de recibir servicios de cuidado a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios de cuidado a domicilio y ordenar que sean realizados por una agencia de atención médica a domicilio. Usted debe permanecer en casa, lo que significa que salir de ella requiere un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y de ayuda para el cuidado de la salud en el hogar, de tiempo parcial o intermitentes (Para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios combinados de asistencia de enfermería especializada y asistente para el cuidado de la salud en el hogar deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos 	<p>Usted paga un copago de \$0 por servicios de salud en el hogar cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>


Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en un centro de cuidados paliativos (enfermos terminales)</p> <p>Puede recibir cuidados de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Usted califica para el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han dado un pronóstico de enfermedad terminal que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue el curso normal. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de los síntomas y alivio del dolor. • Cuidado de relevo a corto plazo • Atención en el hogar <p><u>Para servicios de cuidados paliativos y para servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal:</u> Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de cuidados paliativos relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor del hospicio facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original pague.</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Medicare Original, no FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP), paga sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en un centro de cuidados paliativos (enfermos terminales) (continuación)</p> <p><u>Para servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico de enfermedad terminal:</u> si necesita servicios sin carácter de emergencia o que no se necesitan con urgencia que son cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal, los costos por estos servicios dependen de si utilizó un proveedor de la red de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo paga el monto del costo compartido del plan por los servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga los costos compartidos según la tarifa de servicio de Medicare (Medicare Original) <p><u>Para los servicios que están cubiertos por FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) pero no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare:</u> FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de costo compartido de su plan por estos servicios.</p> <p><u>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>Qué hacer si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare</i>)</p> <p>Nota: si necesita atención que no sea de cuidados paliativos (atención que no está relacionada con su pronóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta de cuidados paliativos (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p>	

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Inmunizaciones</p> <p>Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vacuna contra la neumonía• Vacunas contra la gripe, una por cada temporada de gripe en el otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si son médicamente necesarias.• Vacuna contra la hepatitis B si presenta un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B• Otras vacunas si se encuentra bajo riesgo y cumple con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos que requieren receta médica de la Parte D.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la influenza y la hepatitis B.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención como paciente hospitalizado</p> <p>Incluye los servicios hospitalarios para pacientes internados, rehabilitación hospitalaria, hospitales que proporcionan atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria como paciente hospitalizado comienza el día que usted es formalmente admitido en el hospital con una orden médica. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente hospitalizado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de las unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o unidades de atención coronaria) • Fármacos y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de dispositivos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios como paciente hospitalizado por abuso de sustancias 	<p>Usted paga un copago de \$0 por una hospitalización cubierta por Medicare.</p> <p>Los copagos se cobran por períodos de beneficios definidos de Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención como paciente hospitalizado (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • En ciertas condiciones, se cubrirán los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, de riñón, de riñón/páncreas, cardíaco, hepático, pulmonar, cardíaco/pulmonar, de médula ósea, de células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, nosotros coordinaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si se le considera como candidato. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera de los patrones de atención de la comunidad, usted puede optar por recibir los servicios en forma local, siempre y cuando los proveedores de trasplante locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para los trasplantes en su comunidad y usted elige realizarse los trasplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre total y de glóbulos rojos concentrados comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite: debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtiene en un año calendario o que usted o alguien más done la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos comenzando con la primera pinta utilizada. • Servicios médicos <p>Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente hospitalizado en el hospital. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, podrá seguir siendo considerado como “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, consulte con el personal del hospital.</p>	<p>Si recibe atención como paciente hospitalizado autorizada en un hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia se estabilice, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>



Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención como paciente hospitalizado (continuación)</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!" Esta hoja informativa está disponible en la Web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se brindan en una unidad psiquiátrica de un hospital general. 	<p>Usted paga un copago de \$0 por una visita cubierta por Medicare.</p> <p>Los copagos se cobran por períodos de beneficios definido por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>


Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Estancia como paciente hospitalizado: servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un SNF durante una estancia no cubierta como paciente hospitalizado</p> <p>Si ha agotado sus beneficios de paciente hospitalizado o si la estancia del paciente no es razonable o necesaria, no cubriremos esa estancia del paciente. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF, por su siglas en inglés). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radiografías, terapia con radio e isótopos, incluidos los materiales y servicios técnicos. • Vendajes quirúrgicos • Férulas, yesos y otros aparatos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortopédicos (aparte de los dentales) que reemplacen parcial o totalmente un órgano interno del cuerpo (inclusive tejido contiguo) o la función total o parcial de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o disfuncional, inclusive el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos que se requieren por roturas, desgaste, extravío o cambios en la condición física del paciente. • Fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional. 	<p>Usted paga un copago de \$0 por una hospitalización cubierta por Medicare.</p> <p>Los copagos se cobran por períodos de beneficios definidos de Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Terapia médica de nutrición</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero sin diálisis) o que se han sometido a un trasplante de riñón que ha sido derivado por su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de orientación personalizada durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro Plan, cualquier otro Plan de Medicare Advantage o de Medicare Original) y 2 horas cada año después de esto. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la derivación de un médico. Un médico debe recomendar estos servicios y renovar su referencia anualmente si su tratamiento es necesario durante el siguiente año calendario.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles por los servicios de terapia médica de nutrición cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés)</p> <p>Los servicios del MDPP se cubrirán a los beneficiarios de Medicare que califiquen en virtud de planes de salud de Medicare</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio del comportamiento de salud que provee capacitación práctica en el cambio de la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos de la pérdida de pesos sostenida y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos conforme a la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, por lo general, no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un médico, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o un centro de cirugía ambulatoria 	<p>Usted paga un copago de \$0 por los medicamentos de quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que toma por medio de un equipo médico duradero (como nebulizadores) que hayan sido autorizados por el plan • Factores de coagulación que se administra usted mismo por inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento de recibir el trasplante de órganos • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica que estaba relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede auto administrarse el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, que incluyen la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea medicamento necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen[®], Procrit[®], Epoetina Alfa, Aranesp[®] o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que sus recetas médicas sean cubiertas. Lo que paga por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p> Examen de detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos los servicios de asesoramiento intensivo para ayudarle a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan integral de prevención. Hable con su médico de atención primaria o profesional de la salud para obtener más información.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por el examen de detección y la terapia preventiva de la obesidad.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios del programa de tratamiento por uso de opiáceos.</p> <p>Los servicios de tratamiento para el trastorno por uso de opiáceos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos servicios a través de nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el tratamiento agonistas y antagonistas de los opiáceos aprobados por la FDA y la dispensación y administración de dichos medicamentos, si corresponde • Asesoramiento sobre uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas 	<p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de tratamiento por el uso de opioides cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Radioterapia (terapia con radio e isótopos) que incluye materiales y suministros técnicos • como apósitos • Férulas, yesos y otros aparatos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre total y de glóbulos rojos concentrados comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite: debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtiene en un año calendario o que usted o alguien más done la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos comenzando con la primera pinta utilizada. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios 	<p>Radiografías para pacientes ambulatorios</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Servicios de radiología terapéutica</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicare (como tratamiento de radiación para el cáncer).</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Suministros médicos</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los suministros cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>Servicios de laboratorio Usted paga un copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
	<p>Servicios de sangre Usted paga un copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicare.</p>
	<p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico Usted paga un copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
	<p>Servicios de diagnóstico radiológico Usted paga un copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicare (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas).</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente internado o puede ser dado de alta.</p> <p>Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se brindan para determinar si necesita ser ingresado como paciente hospitalizado o puede ser dado de alta.</p> <p>Los servicios de observación están cubiertos solo cuando los brinda un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar exámenes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que se lo considere 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 una hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!" Esta hoja informativa está disponible en la Web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de observación hospitalaria como paciente ambulatorio que están cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios hospitalarios 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, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o clínica ambulatoria, como los servicios de observación o cirugía ambulatoria 	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicare (como tratamiento de radiación para el cáncer).</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de laboratorio y diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento hospitalario sin él. • Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Ciertas drogas y productos biológicos que no puede administrarse 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 los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que se lo considere 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 una hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!" Esta hoja informativa está disponible en la Web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicare (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas).</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita de salud mental en un entorno individual cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita de salud mental en un entorno grupal cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
	Usted paga un copago de \$0 por cada visita de dependencia de sustancias químicas en un entorno individual cubierta por Medicare.
	Usted paga un copago de \$0 por cada visita de dependencia de sustancias químicas en un entorno grupal cubierta por Medicare.
	Usted paga un copago de \$0 por los medicamentos de quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare.
	Se requiere autorización previa.
	Usted paga un copago de \$0 por otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare.
	Se requiere autorización previa.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, asistente médico u otro profesional de la salud mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes estatales aplicables.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita de terapia en un entorno individual cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita de terapia en un entorno grupal cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en diversos entornos, tales como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés).</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita de fisioterapia y/o terapia del habla cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>El tratamiento ambulatorio médicamente necesario para el trastorno por uso de sustancias (dependencia psicológica o física o adicción al alcohol o una sustancia controlada) y la desintoxicación están cubiertos. Los niveles de atención ambulatoria incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización parcial • Psicoterapia • Terapia asistida por medicación 	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita de terapia en un entorno individual cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita de terapia en un entorno grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p>Nota: Si va a someterse a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar los montos de costos compartidos por la cirugía para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado como un "paciente ambulatorio".</p>	<p>Centro quirúrgico ambulatorio</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por servicios quirúrgicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Hospital ambulatorio</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por servicios quirúrgicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>


Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios, o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada servicio de hospitalización parcial cubierto por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios médicos / profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención médica o quirúrgica médicamente necesaria en un consultorio médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar • Consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista • Pruebas auditivas y del equilibrio básicas realizadas por su proveedor, si su médico lo indica para saber si necesita tratamiento médico • Ciertos servicios de telesalud, incluida la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o por medio de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, entonces debe usar un proveedor de la red que actualmente ofrezca el servicio a través de telesalud. • Ciertos servicios de telesalud, incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Resfriados o gripes ○ Alergias/problemas relacionados con los senos nasales ○ Condiciones de la piel ○ Dejar de fumar ○ Problemas estomacales y digestivos ○ Afecciones oculares menores ○ La salud de la mujer 	<p>Visita de atención primaria</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita de atención primaria o telesalud cubierta por Medicare.</p> <p>Visita a un especialista</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita de oficina cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>


Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o por medio de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, entonces debe usar un proveedor de la red que actualmente ofrezca el servicio a través de telesalud.</p> <p>Puede acceder a los servicios de telesalud con proveedores participantes a través de firstcare.com/dualsnp o los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este folleto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para las visitas mensuales relacionadas con ESRD para los miembros que reciben diálisis domiciliaria, en un centro de diálisis renal con sede en un hospital o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de los síntomas de un accidente cerebrovascular grave • Breves revisiones virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) de 5 a 10 minutos con su médico: <u>si</u> usted es un paciente establecido <u>y</u> la revisión virtual no está relacionada con una visita al consultorio que hizo 7 días antes, ni conlleva a una visita al consultorio en las próximas 24 horas o la cita más pronto disponible • Evaluación remota de videos y/o imágenes pregrabadas que envía a su médico, incluida la interpretación y el seguimiento de su médico dentro de las 24 horas: <u>si</u> usted es un paciente establecido <u>y</u> la evaluación remota no está relacionada con una visita al consultorio que hizo 7 días antes, ni conlleva a una visita al consultorio en las próximas 24 horas o la cita más pronto disponible • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, internet o evaluación electrónica de los registros de salud: <u>si</u> usted es un paciente establecido • Segunda opinión por parte de otro proveedor de la red antes de la cirugía 	


Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> Atención dental no rutinaria (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, el establecimiento de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para los tratamientos de radiación de la enfermedad por cáncer neoplásico o servicios que estarían cubiertos cuando son proporcionados por un médico) 	Usted paga un copago de \$0 por servicios dentales cubiertos por Medicare.
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones en el talón) <p>Atención podológica de rutina para miembros que padecen ciertas afecciones médicas que afectan los miembros inferiores</p>	Usted paga un copago de \$0 por cada consulta de podiatría cubierta por Medicare.
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres a partir de los 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de tacto digital Prueba de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por un examen anual de tacto rectal cubierto por Medicare.</p>


Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados.</p> <p>Dispositivos (que no sean odontológicos) que reemplazan una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluyen determinados suministros relacionados con los dispositivos protésicos y la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos. Incluye también cierto tipo de cobertura luego de una extracción de cataratas o cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte “Atención oftalmológica” más adelante en este capítulo).</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por los dispositivos protésicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar.</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC, por sus siglas en inglés) y tienen una orden de rehabilitación pulmonar de parte del médico que trata su enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p>
<p> Examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos un examen de detección por consumo de alcohol para adultos con Medicare (incluye mujeres embarazadas) que consumen alcohol en forma inadecuada, pero no son alcohólicas.</p> <p>Si su examen de abuso de alcohol resulta positivo, usted puede recibir 4 sesiones privadas de asesoramiento por año (si usted es competente y está alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o especialista calificado en un centro de atención primaria.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos de evaluación y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol cubiertos por Medicare</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT, por sus siglas en inglés)</p> <p>Para personas que califican, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT, por sus siglas en inglés) cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas entre 55 y 77 años que no tienen signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero tienen antecedentes de fumar al menos 30 paquetes al año de tabaco y que actualmente fuman o han dejado de fumar al menos en los últimos 15 años, que reciben una indicación escrita de LDCT durante una visita de asesoramiento sobre el examen de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisión compartida que cumple con los criterios de Medicare para tales visitas y que sea brindado por un médico o un especialista no médico calificado.</p> <p><i>Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la LDCT inicial:</i> el miembro debe recibir una orden escrita para una prueba de detección de LDCT, que puede ser brindada durante cualquier visita adecuada con un médico o con un especialista no médico calificado. Si un médico o un especialista no médico calificado opta por brindar una visita de asesoramiento sobre el examen de detección de cáncer y de toma de decisión compartida por exámenes de detección de cáncer de pulmón posteriores con LDCT, la visita debe reunir los criterios de Medicare para tales visitas.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y la visita de toma de decisiones compartidas ni para la LDCT cubiertas por Medicare.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección para infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) como clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para mujeres embarazadas y para ciertas personas que están en alto riesgo de tener ITS 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 2 sesiones individuales al año, de 20 a 30 minutos de duración, de asesoramiento conductual de alta intensidad para adultos sexualmente activos con alto riesgo de contraer ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son proporcionadas por 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 por el beneficio preventivo de pruebas de detección de ITS y por el asesoramiento para la prevención de ITS cubierto por Medicare.</p>


Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedades renales, para enseñar los cuidados renales y ayudar a que los socios tomen decisiones informadas sobre su atención. Cuando son referidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales de por vida para los miembros que padezcan enfermedad renal crónica en etapa IV. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si ingresa como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación de autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipos y suministros para diálisis en el hogar • Ciertos servicios de asistencia domiciliaria (por ejemplo, si es necesario, visitas de asistentes capacitados en diálisis para controlar su diálisis domiciliaria, para ayudar en casos de emergencia así como para verificar su equipo de diálisis y suministro de agua) <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos conforme a los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección "Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare".</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de educación sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de diálisis cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de "atención en un centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12 de este folleto. Cuidados en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en Inglés)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios definido de Medicare. • No se requiere hospitalización previa. • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, 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 están presentes de forma natural en el cuerpo, tales como factores de coagulación de la sangre). • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita: debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtiene en un año calendario o que usted o alguien más done la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos comenzando con la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente proporcionados por SNF • Pruebas de laboratorio que normalmente realizan los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología prestados habitualmente por los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente proporcionados por los SNF • Servicios médicos/especializados <p>En la mayoría de los casos, recibirá la atención del SNF en centros pertenecientes a la red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones que se describen a continuación, es posible que pueda obtener su atención en un centro que no sea un proveedor</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada estadía en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>


Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)


Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro para personas mayores o un complejo habitacional para jubilados de atención continua donde usted estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde atención en un centro de enfermería especializada) • Un SNF donde vive su cónyuge en el momento en que usted sale el hospital 	
<p> Terapia contra el tabaquismo (asesoramiento para dejar de fumar o usar tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y ha sido diagnosticado con una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que puedan verse afectados por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos el asesoramiento para dos intentos para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses, sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos de los programas para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés)</p> <p>La terapia de ejercicios supervisada (SET, por sus siglas en inglés) está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés) sintomática y una derivación para PAD del médico responsable del tratamiento para dicha enfermedad.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe cumplir las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consiste en sesiones que duran 30-60 minutos, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación • Se debe realizar en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorio o en el consultorio de un médico. • Debe estar a cargo de personal auxiliar calificado que cuente con capacitación en la terapia de ejercicios para PAD y que pueda garantizar que los beneficios superan los peligros • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. <p>Se puede brindar cobertura para 36 sesiones adicionales de SET, una vez cumplidas las 36 sesiones adicionales durante un período de 12 semanas, si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios que se necesitan con urgencia</p> <p>Los servicios que se necesitan con urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o condición médica inesperada que no constituye una emergencia, pero que requiere de atención médica inmediata. Los servicios que se necesitan con urgencia pueden ser suministrados por proveedores de la red o fuera de la red, si los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no puede acceder a ellos.</p> <p>El costo compartido para los servicios que se necesitan con urgencia prestados fuera de la red es el mismo que el de los servicios provistos dentro de la red.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre los exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más y hispanoamericanos de 65 años o más • Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de un lente intraocular. (Si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). 	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada examen de la vista para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por un examen anual de detección de glaucoma.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por un examen de la vista de rutina (hasta 1 cada año).</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$75 por el tipo de lente que necesite que no está cubierto por Medicare cada año, incluidos lentes de contacto, anteojos y marcos.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Visita preventiva "Bienvenido a Medicare"</p> <p>El plan cubre la visita preventiva por única vez de "Bienvenido a Medicare". La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesite (incluye ciertos exámenes de detección y vacunas) y referencias a atención adicional, si fuera necesario.</p> <p>Importante: cubrimos la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de "Bienvenido a Medicare".</p>

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP)?

Sección 3.1	Servicios que <i>no</i> están cubiertos por FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP)
--------------------	---

Los siguientes servicios no están cubiertos por FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) pero están disponibles a través de Medicaid:

- Servicios de transporte médico
- Servicios de soporte a largo plazo
- Servicios de cuidadores personales

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

Sección 4.1	Servicios que <i>no</i> están cubiertos por el plan (exclusiones)
--------------------	--

Esta sección le indica qué servicios están "excluidos". Excluido significa que el plan no cubre estos servicios.

El cuadro a continuación describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan bajo ninguna condición o están cubiertos por el plan solo bajo condiciones específicas.

No pagaremos los servicios médicos excluidos enumerados en el cuadro que aparece abajo,

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

excepto en las circunstancias específicas establecidas. La única excepción: pagaremos si al presentarse una apelación se determina que un servicio que figura en el cuadro a continuación es un servicio médico que debimos haber pagado o cubierto debido a una circunstancia específica. (Para obtener información sobre la forma de apelar una decisión que hemos tomado referida a la no cobertura de un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3 de este folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones de los servicios se describen en el Cuadro de beneficios médicos o en el cuadro a continuación.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Servicios que no se consideran razonables ni necesarios, de acuerdo con los estándares de Medicare Original	✓	
Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicamentos. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que nuestro plan y Medicare Original establecen que no son aceptados en forma general por la comunidad médica.		✓ Pueden estar cubiertos por Medicare Original en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Habitación privada en un hospital		✓ Cubierto solo cuando sea médicamente necesario
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	✓	

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
*El cuidado asistencial es la atención proporcionada en un centro para personas mayores, centro de cuidados paliativos u otro centro cuando no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada.	✓	
Los servicios de ama de casa incluyen la asistencia básica en el hogar, con las tareas domésticas o la preparación de comidas ligeras.	✓	
Honorarios cobrados por el cuidado de sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	✓	
Cirugía o procedimientos estéticos		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubiertos en casos de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una malformación de un miembro del cuerpo. • Cobertura de todas las etapas de la reconstrucción mamaria después de una mastectomía, inclusive para la mama no afectada para producir un aspecto simétrico.
Cuidado dental que no es de rutina		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>La atención odontológica requerida para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención para pacientes hospitalizados o ambulatorios.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Atención quiropráctica de rutina		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se cubre la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.</p>
Atención podológica de rutina		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se brinda cobertura limitada de acuerdo con las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).</p>
Comidas a domicilio	✓	
Zapatos ortopédicos		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Si los zapatos son parte de un aparato ortopédico para las piernas y están incluidos en el costo del aparato ortopédico, o si los zapatos son para una persona con pie diabético.</p>
Dispositivos de apoyo para los pies.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético.</p>
Exámenes de audición de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos	✓	
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la vista deficiente	✓	
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros de anticonceptivos sin receta	✓	
Acupuntura	✓	

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos)	✓	

*El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere el servicio continuo del personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, la ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.

CAPÍTULO 5

Usar la cobertura del plan para sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción.....	104
Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura para medicamentos de la Parte D	104
Sección 1.2	Reglas básicas para la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D del plan	105
SECCIÓN 2	Surta su receta médica en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	106
Sección 2.1	Para tener cubierta su receta médica, use una farmacia de la red	106
Sección 2.2	Cómo encontrar las farmacias de la red	106
Sección 2.3	Uso de los servicios de pedido por correo del plan.....	107
Sección 2.4	¿Cómo puede recibir un suministro de medicamentos a largo plazo?	108
Sección 2.5	¿Cuándo puede usar una farmacia que no se encuentra en la red del plan?	108
SECCIÓN 3	Sus medicamentos recetados deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan	109
Sección 3.1	La "Lista de medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos.	109
Sección 3.2	¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?	110
SECCIÓN 4	Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos.	111
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?.....	111
Sección 4.2	¿Qué tipo de restricciones?.....	111
Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?	112
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted desea?	113
Sección 5.1	Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que usted desea	113
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si posee algún tipo de restricción?.....	113
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?	116
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año.....	116

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Sección 6.2	¿Qué sucede si la cobertura de un medicamento que está tomando cambia?	116
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	118
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos	118
SECCIÓN 8	Muestre su tarjeta de membresía del plan al surtir una receta médica	120
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de membresía	120
Sección 8.2	¿Qué sucede si no lleva consigo su tarjeta de membresía?	120
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	120
Sección 9.1	¿Qué sucede si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estancia cubierta por el plan?	120
Sección 9.2	¿Qué sucede si es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)?	120
Sección 9.3	¿Qué sucede si además recibe cobertura de medicamentos por el plan de un empleador o grupo de jubilados?	121
Sección 9.4	¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?	122
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y administración de medicamentos.	123
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura	123
Sección 10.2	Programa de Administración de Medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés) para ayudar a los miembros a usar los medicamento opiáceos de manera segura	123
Sección 10.3	Programa de Manejo de Farmacoterapia (MTM, por sus siglas en inglés) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos	124

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D



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

Debido a que es elegible para Medicaid, usted califica y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan para los medicamentos recetados. Debido a que está en el programa para recibir “Ayuda adicional”, existe **información en esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D que puede que no se apliquen a usted**. Le enviamos un inserto por separado, llamado “Evidencia de la cláusula de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos que requieren receta médica” (también conocido como “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional de LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame al Servicio al cliente y solicite la “cláusula LIS”. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura para medicamentos de la Parte D
--------------------	--

Este capítulo **explica las reglas para el uso de su cobertura de medicamentos de la Parte D**. El siguiente capítulo le informa lo que paga por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Además de su cobertura para medicamentos de la Parte D, FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) también cubre algunos medicamentos bajo los beneficios médicos del plan. A través de su cobertura de beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan generalmente cubre los medicamentos que recibe durante las estadías cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de su cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos que incluyen ciertos medicamentos de quimioterapia, ciertas inyecciones de medicamentos que se le administran durante una visita al consultorio y medicamentos que se le administran en un centro de diálisis. Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, qué está cubierto*) le informa sobre los beneficios y costos de los medicamentos durante una estadía cubierta en un hospital o en un centro de enfermería especializada, así como sus beneficios y costos para los medicamentos de la Parte B.

Es posible que Medicare Original cubra sus medicamentos si se encuentra en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de las Partes A, B y D de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal y con condiciones relacionadas y, por lo tanto, no están cubiertas por el beneficio de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 (*¿Qué hacer si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?*) Para obtener información sobre la cobertura de cuidados paliativos, consulte la sección de cuidados paliativos del Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, qué está cubierto*)

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Las siguientes secciones analizan la cobertura de sus medicamentos según las reglas de beneficios de la Parte D del plan. Sección 9, *Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y Medicare Original.*

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos para usted bajo sus beneficios de Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid.

Sección 1.2	Reglas básicas para la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D del plan
--------------------	--

En general, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando siga estas reglas básicas:

- Usted debe tener un proveedor (médico, dentista u otro profesional) que expida la receta médica.
- El profesional que expide sus recetas médicas debe aceptar Medicare o presentar documentación ante los CMS que demuestre que está calificado para expedir recetas médicas, o se denegará su reclamo de la Parte D. Debe consultar en la próxima visita a los profesionales que expiden las recetas médicas si cumplen con esta condición. Caso contrario, tenga en cuenta que lleva tiempo que el profesional que expide la receta médica presente los documentos necesarios para su procesamiento.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta médica. (Consulte la Sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan.*)
- Su medicamento recetado debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan (se denomina "Lista de medicamentos" en su forma abreviada). (Ver Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos del plan".*)
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada Una "indicación médicamente aceptada" es el uso del medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por cierta documentación de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**SECCIÓN 2 Surta su receta médica en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan****Sección 2.1 Para tener cubierta su receta médica, use una farmacia de la red**

En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas. *solamente* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriríamos las recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para suministrar sus medicamentos recetados cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" se refiere a todos los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Cómo encontrar las farmacias de la red**¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?**

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (firstcare.com/dualsnp) o llamar al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si se cambia de una farmacia de la red a otra, y necesita una reposición de un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar que un proveedor emita una nueva receta o que su receta se transfiera a su nueva farmacia de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que ha estado utilizando deja la red?

Si la farmacia que ha estado usando deja la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia que esté en la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede solicitar ayuda del Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto) o puede usar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en firstcare.com/dualsnp.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

A veces, las recetas médicas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar. Consulte el Directorio de farmacias para obtener más información sobre los proveedores de farmacias de infusión en el hogar.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés). Por lo general, un centro de atención a largo plazo (como un centro para personas mayores) tiene su propia farmacia. Si se encuentra en un centro LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D de manera rutinaria a través de nuestra red de farmacias de LTC, que generalmente es la farmacia que utiliza el centro de LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicio al cliente.
- Farmacias que prestan servicios para Servicios de Salud Indígena/Tribal/Programa de Salud Indígena Urbano (no se encuentra disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren una manipulación especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (Nota: Este caso no debería ser muy frecuente).

Para localizar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* o llame al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

Sección 2.3 Uso de los servicios de pedido por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de compra por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados por correo son medicamentos que toma regularmente para una afección médica crónica o de largo plazo.

El servicio de compras por correo de nuestro plan requiere que usted haga un pedido de un suministro de **al menos 30 días del medicamento y un suministro de no más de 90 días**.

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, visite firstcare.com/dualsnp.

Por lo general, recibirá el pedido de la farmacia de pedido por correo en no más de 14 días. Si su pedido por correo se retrasa, comuníquese con el Servicio al cliente para determinar cómo obtener sus medicamentos durante el período intermedio.

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

Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se comunicará con usted para verificar si desea que el medicamento se surta de inmediato o más adelante. Ello le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia esté entregando el medicamento correcto (incluso la concentración, la cantidad y la formulación) y, de ser necesario, le permitirá cancelar o demorar el pedido antes de la facturación y el envío. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacte a fin de que sepan qué hacer con la nueva receta médica e impedir demoras en el envío.

Rabastecimiento de las recetas médicas de pedidos por correo. Para obtener reposiciones de sus medicamentos, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

le acaben los medicamentos que tiene disponibles para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informar a la farmacia las mejores formas de contactarle. Comuníquese con el plan de salud para proporcionar sus preferencias de comunicación.

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

El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (que también se denomina “suministro prolongado”) de medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos recetados que toma regularmente para una afección médica crónica o de largo plazo). Puede solicitar este suministro por correo (consulte la Sección 2.3) o puede acudir a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten recibir un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Algunas de estas farmacias minoristas pueden aceptar los montos de costos compartidos más bajos por un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Es posible que otras farmacias minoristas no acepten los montos de costo compartido más bajos para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En este caso, usted será responsable de la diferencia en el precio. Su *Directorio de farmacias* le informa qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Servicio al cliente para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).
2. Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los **servicios de compra por correo** de la red del plan. El servicio de compras por correo de nuestro plan requiere que usted haga un pedido de un suministro de *al menos* 30 días del medicamento y un suministro de *no más* de 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre el uso de nuestros servicios de pedido por correo.

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

Su receta médica puede estar cubierta en ciertas situaciones

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red, solamente cuando no puede usar una farmacia de la red. Si no puede usar una farmacia de la red, a continuación se presentan las circunstancias en las que cubriríamos las recetas médicas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- Se le permitirá surtir cada receta por un suministro de 10 días en una farmacia fuera de la red tres veces dentro de un año calendario. Si surte una receta fuera de la red, recibirá un

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

mensaje en su Explicación de beneficios (EDB) mensual que indicará: "No está permitido el uso fuera de la red de manera rutinaria". Si solicita un cuarto reabastecimiento en una farmacia fuera de la red, se denegará su solicitud de cobertura. Si considera que se debió haber cubierto el reclamo fuera de la red, comuníquese con el Servicio al cliente. Su número se encuentra en la portada de este documento.

En estos casos, **por favor consulte primero con el Servicio al cliente** para determinar si hay una farmacia de la red cercana. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este folleto). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo se solicita un reembolso del plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general, tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte normal del costo) al momento de surtir su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (El Capítulo 7, Sección 2.1 de qué manera solicitar el reembolso al plan).

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

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

El plan tiene una "*Lista de medicamentos cubiertos (formulario)*". En esta *Evidencia de cobertura*, se denomina "**Lista de medicamentos**" en su forma abreviada.

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

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare (anteriormente en este capítulo, la Sección 1.1 explica acerca de los medicamentos de la Parte D). Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos para usted bajo sus beneficios de Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid.

Por lo general, cubriremos un medicamento en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando cumpla con el resto de las reglas de cobertura explicadas en este capítulo y que el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es el *uso* de un medicamento que cumple con cualquiera de los siguientes requisitos:

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir, la Administración de Medicamentos y Alimentos ha aprobado el medicamento para que sea utilizado en el diagnóstico o afección para la que se receta).
- - o - Cuenta con el respaldo de cierta documentación de referencia. (Estos libros de consulta son el American Hospital Formulary Service Drug Information y el DRUGDEX Information System; y, para cáncer, la National Comprehensive Cancer Network y Clinical Pharmacology o sus sucesores).

La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos genéricos como de marca

Un medicamento genérico es un medicamento que requiere una receta médica que tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. En general, funciona tan bien como el medicamento de marca y generalmente cuesta menos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca.

¿Qué medicamentos *no* están incluidos en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en nuestra Lista de medicamentos.

Sección 3.2	¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?
--------------------	---

Tiene tres formas de averiguarlo:

1. Verifique la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
2. Visite el sitio web del plan (firstcare.com/dualsnp) La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para los Miembros para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicios para miembros aparecen en la contraportada de este folleto).

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos.****Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?**

Para ciertos medicamentos recetados, hay reglas especiales que restringen de qué forma y cuándo son cubiertos por el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas reglas para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos totales de los medicamentos para que la cobertura de sus medicamentos sea más asequible.

En general, nuestras reglas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y que sea seguro y efectivo. Siempre que un medicamento seguro y de menor costo tenga la misma efectividad médica que un medicamento más caro, las reglas del Plan están diseñadas para fomentar que usted y su proveedor se decidan por la opción de menor costo. También debemos cumplir con las reglas y regulaciones de Medicare para la cobertura de medicamentos y el costo compartido.

Si existe una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si desea que anulemos una restricción para usted, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o no el dejar sin efecto la restricción en su caso. (Consulte el Capítulo 9, Sección 7.2 para obtener información sobre la forma de solicitar excepciones).

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que diferentes restricciones o costo compartidos pueden aplicar en base a factores como el impacto, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica en su salud (por ejemplo, 10 mg comparado con 100 mg, una vez al día comparado con dos veces al día, tableta comparado con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones?

Nuestro plan utiliza diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Las secciones a continuación le brindan más información sobre los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Restringir los medicamentos de marca cuando hay disponible una versión genérica

En general, un medicamento "genérico" tiene la misma eficacia que un medicamento de marca y normalmente cuesta menos. **Cuando está disponible una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica.** Por lo

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

general, no cubriremos el medicamento de marca cuando haya una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la razón médica por la que el medicamento genérico no será eficaz para usted o ha escrito "No hay sustituciones" en su receta para un medicamento de marca o nos ha informado la razón médica por la cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección será eficaz para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Cómo obtener aprobación previa del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener una aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. A esto se denomina "**autorización previa**". A veces, el requisito de obtener la aprobación previa ayuda a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por el plan.

Trate de usar primero un medicamento distinto

Este requisito fomenta que usted pruebe medicamentos menos costosos, pero igualmente eficaces antes de que el Plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se utilizan para tratar la misma afección médica y el Medicamento A es menos costoso, el plan puede indicarle que pruebe el Medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito que consiste en probar primero con un medicamento distinto se llama "**terapia escalonada**".

Límites de cantidad

Para determinados medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que usted puede obtener limitando la cantidad que puede obtener de un medicamento recetado cada vez que lo surte. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla por día de cierto medicamento, podemos limitar la cobertura para su receta médica a no más de una pastilla por día.

Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?
--------------------	---

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web (firstcare.com/dualsnp)

Si existe una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si existe una restricción en el medicamento que desea tomar, debe comunicarse con el Servicio al

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Cliente para saber qué debería hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea que anulemos una restricción para usted, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o no el dejar sin efecto la restricción en su caso. (Consulte el Capítulo 9, Sección 7.2 para obtener información sobre la forma de solicitar excepciones).

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted desea?

Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que usted desea

Esperamos que le sirva su cobertura de medicamentos. Pero es posible que haya un medicamento recetado que actualmente toma, o uno que su proveedor considera que debería tomar, que no figura en nuestro formulario o que está en nuestro formulario, pero con ciertas restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no tener ninguna cobertura. O puede que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que usted desea tomar no lo está.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales en la cobertura de ese medicamento. Como se explica en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas adicionales para restringir su uso. Por ejemplo, es posible que se le pida que primero use un medicamento diferente, para determinar si es efectivo, antes de que se cubra el medicamento que usted desea tomar. O pueden existir límites sobre la cantidad del medicamento (cantidad de pastillas, etc.) que se cubre durante un periodo en particular. En algunos casos, es posible que desee que anulemos una restricción para usted.

Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma que usted desea.

- Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si su medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si posee algún tipo de restricción?

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, a continuación se detallan los pasos que puede seguir:

- Es posible que pueda adquirir un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en ciertas situaciones pueden adquirir un suministro temporal). Esto permitirá

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

que tanto usted como su proveedor tengan tiempo de elegir otro medicamento o de presentar una solicitud para que se cubra el medicamento.

- Puede cambiarlo por otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y solicitar al plan que cubra el medicamento o que elimine sus restricciones.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos o cuando está restringido de alguna manera. Esto le brinda tiempo para consultar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y determinar qué hacer.

Para calificar para un suministro temporal, debe cumplir los dos requisitos siguientes:

1) El cambio en su cobertura de medicamentos debe ser uno de los siguientes tipos de cambios:

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan.**
- – o – el medicamento que ha estado tomando **ahora tiene algún tipo de restricción** (La Sección 4 de este capítulo le informa sobre las restricciones).

2) Debe estar en una de las situaciones que se describen a continuación:

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que estaban en el plan el año pasado:**
Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si usted es nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si estaba en el plan el año pasado.** Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si en su receta se establecen menos días, le permitiremos surtir varias veces hasta alcanzar un suministro máximo de hasta 30 días del medicamento. El medicamento recetado debe ser adquirido en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en pequeñas cantidades a la vez para evitar desperdicios).
- **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días, residen en un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) y necesitan un suministro de inmediato:**
Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta médica indica que es por menos días. Esto es aparte de la situación de suministro temporal mencionada anteriormente.
- **Le proporcionaremos un suministro de transición único de 31 días por medicamento, lo que cubrirá un suministro temporal si existe un cambio en sus**

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

medicamentos debido a un cambio en el nivel de atención. Un cambio en el nivel de atención puede incluir:

- Ingresar o dejar un centro de LTC
- Ser dado de alta de un hospital a un hogar
- Finalizar una estadía en un centro de enfermería especializada de la Parte A de Medicare
- Renunciar al estado de cuidados paliativos y volver a los beneficios estándar de Medicare
- Finalizar una estadía en un centro de LTC y regresar a casa

Para solicitar un suministro temporal, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

Durante el tiempo en el que recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando este suministro temporal se agote. Podrá elegir entre cambiar a otro medicamento cubierto por el Plan o solicitar al Plan que le haga una excepción y cubra su medicamento actual. Las secciones a continuación le brindan más información sobre estas opciones.

Puede elegir otro medicamento

En primer lugar, hable con su proveedor. Quizás haya un medicamento diferente cubierto por el plan que sea igual de efectivo para usted. Puede llamar al Servicio al cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser efectivo para usted. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y que cubra el medicamento de la forma que usted lo desea. Si su proveedor afirma que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 7.4. indica qué se debe hacer. Explica los procedimientos y los plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera rápida y justa.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?****Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año**

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se producen al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría realizar cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Pueden aparecer nuevos medicamentos disponibles, incluidos nuevos medicamentos genéricos. Puede suceder que el gobierno apruebe un nuevo uso de un medicamento existente. En ocasiones, se retira un medicamento y decidimos no cubrirlo. O bien, podríamos retirar un medicamento de la lista porque se ha descubierto que no es efectivo.
- **Agregar o retirar una restricción en la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones de cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca con un medicamento genérico.**

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si la cobertura de un medicamento que está tomando cambia?**Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos**

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos la información en nuestro sitio web sobre esos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. A continuación, le explicamos en que momento recibiría un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando. También puede llamar al Servicio al cliente para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

¿Los cambios en su cobertura de medicamentos lo afectan de inmediato?

Cambios que pueden afectarlo este año: en los siguientes casos, se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año en curso:

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costos compartidos o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca)**
 - Es posible que retiremos de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno menor y con las mismas restricciones o menos restricciones. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podríamos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero pasarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones.
 - Es posible que no le avisemos con anticipación antes de hacer ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca.
 - Usted u otro profesional que expide la receta puede solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).
 - Si toma el medicamento recetado de marca en el momento en que realizamos el cambio, le brindaremos información sobre los cambios específicos que hayamos realizado. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento recetado de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
- **Medicamentos que no son seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - De vez en cuando, un medicamento puede ser retirado repentinamente porque se descubre que no es seguro o se retira del mercado por otro motivo. En este caso, eliminaremos inmediatamente el medicamento recetado de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos de este cambio de inmediato.
 - El profesional que emite la receta médica también estará al tanto de este cambio y puede hablar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios en los medicamentos recetados en la Lista de medicamentos**
 - Es posible que realicemos otros cambios una vez que el año haya comenzado y que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca. También podríamos hacer cambios basados en las advertencias de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos notificarle el cambio con al menos 30 días de

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

anticipación o notificarle el cambio y o darle una reposición de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.

- Luego de que reciba el aviso de modificación, usted debe coordinar con el profesional que proporciona la receta médica para cambiarse a un medicamento diferente que cubramos.
- O usted u otro profesional que expide la receta puede solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman el medicamento: Para los cambios en la Lista de medicamentos que no se describieron anteriormente, si actualmente está tomando el medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1 de enero del próximo año si permanece en el plan:

- Si establecemos una nueva restricción sobre su uso del medicamento
- Si quitamos su medicamento de la Lista de medicamentos

Si se produce cualquiera de estos cambios en algún medicamento que está tomando (pero no debido a un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplace un medicamento recetado de marca u otro cambio que se indique en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como costos compartidos hasta el primero de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional al uso del medicamento. No recibirá notificación directa este año sobre los cambios que no le afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios sí lo afectarán, y es importante consultar la Lista de medicamentos del año nuevo para ver si hay cambios en los medicamentos.

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

Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos
--------------------	--

Esta sección le informa qué tipos de medicamentos recetados están "excluidos". Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

No pagaremos los medicamentos que se enumeran en esta sección. La única excepción: si se determina mediante una apelación que el medicamento solicitado es un medicamento que no está excluido conforme la Parte D y deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección 7.5 en este folleto). Si está excluido el medicamento, deberá pagar por él.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Aquí hay tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán según la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por Medicare Parte A o Parte B.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Por lo general, nuestro plan no puede cubrir el uso aceptado para otros propósitos. El “uso aceptado para otros propósitos” es cualquier uso del medicamento distinto al indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
 - Por lo general, la cobertura para el “uso aceptado para otros propósitos” se permite solo cuando el uso tiene el respaldo de cierta documentación de consulta. (Estos libros de consulta son el American Hospital Formulary Service Drug Information y el DRUGDEX Information System; y, para cáncer, la National Comprehensive Cancer Network y Clinical Pharmacology o sus sucesores). Si el uso no está respaldado por alguno de estos textos de referencia, nuestro Plan no puede cubrir su “uso aceptado para otros propósitos”.

Además, según la ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos bajo su cobertura de medicamentos de Medicaid; por lo tanto, comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

- Medicamentos que no requieren receta médica (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para tratamientos de fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de síntomas del resfriado o tos.
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales que requieren receta médica, excepto las vitaminas prenatales y los preparados con flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante quiere que además se contraten pruebas asociadas o servicios de control exclusivamente del fabricante como una condición de venta.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía del plan al surtir una receta médica

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía

Para surtir su receta, muestre su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando muestre su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red automáticamente facturará al plan nuestra parte del costo de los medicamentos que necesitan receta médica cubiertos. Usted tendrá que pagarle a la farmacia *su* parte del costo al recoger su receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva consigo su tarjeta de membresía?

Si no lleva consigo su tarjeta de membresía al surtir su receta médica, solicite a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total de la receta cuando la retire.** (Entonces puede **solicitarnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1 para obtener información sobre cómo solicitar un 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 en un centro de enfermería especializada por una estancia cubierta por el plan?

Si usted es ingresado a un hospital o un centro de enfermería especializada para una hospitalización cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que sea dado de alta del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando estos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que le informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos. Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

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

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un centro para personas mayores) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a todos sus

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

residentes. Si es residente de un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos que requieren receta médica a través de la farmacia del centro, siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo es parte de nuestra red. En caso contrario, o si necesita más información, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC) y se convierte en un nuevo miembro del plan?

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será por un máximo de 31 días, o menos si su receta es por menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en pequeñas cantidades a la vez para evitar desperdicios). Si ha sido miembro del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o si el plan tiene alguna restricción en la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días, o menos si en su receta se establecen menos días.

Durante el tiempo en el que recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando este suministro temporal se agote. Quizás haya un medicamento diferente cubierto por el plan que sea igual de efectivo para usted. O bien, usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento de la forma de la forma que usted desea. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, Capítulo 9, Sección 7.4. indica qué se debe hacer.

Sección 9.3	¿Qué sucede si además recibe cobertura de medicamentos por el plan de un empleador o grupo de jubilados?
--------------------	---

¿Cuenta actualmente con otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge)? Si es así, por favor comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Él o ella pueden ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados actual con nuestro plan.

Por lo general, si actualmente está empleado, la cobertura de medicamentos recetados que recibe de nosotros será *secundaria* respecto a la cobertura de su empleador o cobertura grupal de jubilados. Eso significa que su cobertura grupal pagará primero.

Nota especial sobre la 'cobertura acreditable':

Cada año su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le informe si su cobertura de medicamentos recetados para el siguiente año calendario es “acreditable” y las opciones que tiene para la cobertura de medicamentos.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Conserve estos avisos sobre cobertura acreditable porque puede necesitarlos en el futuro. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable del plan grupal del empleador o grupo de jubilados, puede solicitar una copia al administrador de beneficios del plan del empleador o grupo de jubilados o al empleador o sindicato.

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

Los medicamentos nunca son cubiertos por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita medicamentos contra las náuseas, laxantes, contra la ansiedad, analgésicos y esos medicamentos no están cubiertos por su centro de cuidados paliativos porque no está relacionado con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que expide la receta médica o del proveedor del centro de cuidados paliativos antes de que nuestro plan cubra el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de cualquier medicamento no relacionado que debería estar cubierto por nuestro plan, puede pedirle a su proveedor de cuidados paliativos o a la persona que receta que se asegure de que tengamos la notificación donde se informa que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a una farmacia que surta su receta.

En caso de que su centro de cuidados paliativos revoque o lo retire del centro de cuidados paliativos nuestro plan debería cubrir todos sus medicamentos. Para prevenir algún retraso en la farmacia cuando el beneficio de centro de cuidados paliativos de Medicare culmine, debería traer la documentación a la farmacia para verificar que ha sido retirado del centro de cuidados paliativos. Consulte las partes anteriores de esta sección que le informan sobre las reglas para obtener cobertura de los medicamentos en el Capítulo 6 de la Parte D (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*), que le brindan más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted debe pagar.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de medicamentos.

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

Realizamos revisiones del uso de los medicamentos para asegurarnos de que nuestros miembros estén recibiendo una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta sus medicamentos.

Realizamos una revisión cada vez que usted surte una receta. También revisamos nuestros registros de manera regular. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas como:

- Posibles errores en los medicamentos
- Medicamentos que podrían no ser necesarios debido a que está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica
- Medicamentos que podrían no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarlo si los toman al mismo tiempo
- Recetas médicas emitidas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando
- Cantidades inseguras de analgésicos opiáceos

Si observamos un posible problema en su utilización de los medicamentos, nos pondremos en contacto con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de Administración de Medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés) para ayudar a los miembros a usar los medicamento opiáceos de manera segura

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides con receta médica u otros medicamentos que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés). Si toma medicamentos opiáceos que obtiene de varios médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que los esté tomando de manera correcta y que el uso sea médicamente necesario. Si decidimos, en conjunto con sus médicos, que está en riesgo de usar indebidamente o abusar de sus medicamentos opiáceos benzodiazepínicos, podemos limitar la manera en la que obtiene esos medicamentos. Las limitaciones pueden ser:

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas de una sola farmacia
- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas de un sol médico
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas que cubriremos para usted

Si decidimos que una o más de estas limitaciones deberían aplicarse a su caso, le enviaremos una carta por adelantado. La carta tendrá información que explica los términos de las limitaciones que creemos que deberían aplicarse a usted. También tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación de que usted corre riesgo de abusar de los medicamentos recetados o la limitación, usted y su médico tienen derecho a solicitar una apelación. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

Es posible que el DMP no se aplique a usted si tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer, si está recibiendo cuidados para enfermos terminales, cuidados paliativos o cuidados al final de su vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3	Programa de Manejo de Farmacoterapia (MTM, por sus siglas en inglés) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos
---------------------	---

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Por ejemplo, algunos miembros tienen varias afecciones médicas, toman diferentes medicamentos al mismo tiempo y tienen que afrontar los altos costos de medicamentos.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama de Programa de Manejo de Farmacoterapia (MTM, por sus siglas en inglés). Algunos miembros que toman medicamentos para tratar diferentes afecciones médicas pueden reunir los requisitos para obtener los servicios a través de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión integral de todos sus medicamentos. Puede hablar con ellos sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, sus costos y sobre cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y los de venta libre. Usted obtendrá un resumen escrito de esa discusión. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda la mejor manera de tomarlos, con espacios para sus notas y para escribir cualquier pregunta. También obtendrá una lista de medicamentos personales que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué los toma.

Recomendamos que realice la revisión de sus medicamentos antes de la visita anual de “bienestar” para que pueda hablar con su médico sobre el Plan de acción y la lista de medicamentos. Lleve con usted su plan de acción y la lista de medicamentos a su visita o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

médica. Además, mantenga su lista de medicamentos con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que acuda al hospital o la sala de emergencias.

Si contamos con un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifiquenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

CAPÍTULO 6

*Lo que paga por sus medicamentos
que requieren receta médica de la
Parte D*

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción.....	129
Sección 1.1	Use este capítulo junto con los demás materiales que explican su cobertura de medicamentos	129
Sección 1.2	Tipos de costos de desembolso personal que posiblemente pague por sus medicamentos cubiertos	130
SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento recetado depende de en qué “etapa de pago por medicamento” se encuentra al recibirlo	130
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP)?.....	130
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra.....	132
Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual denominado "Explicación de beneficios de la parte D" (la "EDB de la Parte D")	132
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos	132
SECCIÓN 4	Durante la Etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos.	133
Sección 4.1	Permanece en la Etapa de deducible hasta que haya pagado \$435 por sus medicamentos	133
SECCIÓN 5	Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga la suya	134
Sección 5.1	Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surta su receta	134
Sección 5.2	Una tabla que <i>muestra</i> sus costos para un suministro de un mes de una medicamento	135
Sección 5.3	Si su médico le receta un suministro de menos de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro de todo el mes	137
Sección 5.4	Cuadro que muestra sus costos por un suministro a <i>largo plazo</i> (hasta 90 días) de un medicamento	138
Sección 5.5	Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de medicamentos del año alcancen \$4,020	139

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 6	Durante la etapa de brecha entre cobertura, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y paga no más del 25% de los costos por los medicamentos genéricos	140
Sección 6.1	Usted permanece en la etapa de brecha entre cobertura hasta que sus costos de desembolso alcancen los \$6,350.....	140
Sección 6.2	Cómo calcula Medicare los costos de desembolso por los medicamentos que requieren receta médica	141
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayoría de los costos de sus medicamentos	143
Sección 7.1	Cuando esté en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto del año.....	143
SECCIÓN 8	Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las reciba.....	144
Sección 8.1	Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de la vacuna en sí de la Parte D y para el costo de administración.....	144
Sección 8.2	Le recomendamos que llame al Servicio al cliente antes de recibir una vacuna.....	145

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

**¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos?**

Debido a que es elegible para Medicaid, usted califica y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan para los medicamentos recetados. Debido a que está en el programa para recibir “Ayuda adicional”, **existe información en esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D que puede que no se aplique a usted.** Hemos incluido un inserto por separado, llamado “Evidencia de la cláusula de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también conocido como “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional de LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame al Servicio al cliente y solicite la “cláusula LIS”. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Use este capítulo junto con los demás materiales que explican su cobertura de medicamentos
--

Este capítulo se enfoca en lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para facilitar su consulta, usamos la palabra "medicamento" en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explicó en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Para comprender la información sobre el pago que le brindamos en este capítulo, debe conocer los conceptos básicos sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde debe surtir sus recetas y qué reglas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. A continuación se presentan los materiales que explican estos conceptos básicos:

- **Lista de medicamentos cubiertos (formulario) del plan.** Para facilitar su consulta, a esta lista la denominamos "Lista de medicamentos".
 - Esta Lista de medicamentos le indica qué medicamentos están cubiertos para usted.
 - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en firstcare.com/dualsnp. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- **Capítulo 5 de este folleto.** El Capítulo 5 brinda detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados, incluidas las reglas que debe seguir al obtener sus

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también establece qué tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por nuestro plan.

- **Directorio de farmacias del plan.** En la mayoría de los casos, usted debe adquirir sus medicamentos cubiertos en una farmacia de la red (consulte el capítulo 5 para más detalles). El *Directorio de farmacias* contiene una lista de farmacias de la red del plan. También le indica en qué farmacias de nuestra red puede obtener un suministro a largo plazo de un medicamento (como, por ejemplo, adquirir un suministro de tres meses de un medicamento recetado).

Sección 1.2	Tipos de costos de desembolso personal que posiblemente pague por sus medicamentos cubiertos
--------------------	---

Para entender la información de pago que le brindamos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos de desembolso por sus servicios cubiertos. El monto que paga por un medicamento se denomina “costo compartido” y hay tres maneras en que se le puede solicitar que pague.

- **"Deducible"** es el monto que debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- **"Copago"** significa que usted paga un monto fijo cada vez que surte una receta médica.
- **"Coseguro"** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta médica.

SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento recetado depende de en qué “etapa de pago por medicamento” se encuentra al recibirlo
------------------	--

Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP)?
--------------------	--

Como se muestra en el cuadro a continuación, hay "etapas de pago de medicamentos" para su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare conforme a FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP). El monto que paga por un medicamento depende de la etapa en que se encuentre en el momento en que surta o surta nuevamente una receta.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Nivel 1 <i>Etapa de deducible anual</i>	Etapa 2 <i>Etapa de cobertura inicial</i>	Etapa 3 <i>Etapa de brecha de cobertura</i>	Etapa 4 <i>Etapa de cobertura catastrófica</i>
<p>Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos recetados, su deducible será de \$0 o \$89, según el nivel de “Ayuda adicional” que recibió. (Consulte el inserto por separado, la "Cláusula adicional de LIS", para conocer el monto de su deducible).</p> <p>Si su deducible es \$0, esta etapa de pago no se aplica a usted.</p> <p>Si no recibe "Ayuda adicional", usted comienza en esta etapa de pago cuando surte su primera receta del año.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos genéricos, incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos y todos los demás medicamentos. Usted permanece en esta etapa hasta que haya pagado \$435.</p> <p>(Los detalles se encuentran en la Sección 4 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Usted permanecerá en esta etapa hasta que sus "costos totales de medicamentos" anuales hasta la fecha (sus pagos más cualquier pago de la Parte D) lleguen a un total de \$4,020.</p> <p>(Hay más detalles en la Sección 5 de este capítulo).</p>	<p>Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos recetados, no tendrá una fase de brecha entre cobertura.</p> <p>Si no recibe "Ayuda adicional" durante esta etapa, usted paga el 25% del precio de los medicamentos de marca (más una parte de la tarifa de suministro) y el 25% del precio de los medicamentos genéricos.</p> <p>Usted permanecerá en esta etapa hasta que sus "costos de desembolso personal" (sus pagos) del año hasta la fecha lleguen a un total de \$6,350. Este monto y las reglas para calcular los costos para llegar a este monto han sido establecidos por Medicare.</p> <p>(Hay más detalles en la Sección 6 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayoría de los costos de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2020).</p> <p>(Hay más detalles en la Sección 7 de este capítulo).</p>

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

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual denominado "Explicación de beneficios de la parte D" (la "EDB de la Parte D")
--

Nuestro plan mantiene un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted ha efectuado cuando adquiere sus recetas médicas o las reposiciones en la farmacia. De esta manera, podemos informarle si ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, existen dos tipos de costos a los que les hacemos seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. Esto se denomina "**costos de desembolso personal**".
- Llevamos un registro de sus "**costos totales de medicamentos**". Este es el monto de desembolso que usted paga o que otras personas pagan en su nombre más el monto que paga el plan.

Nuestro plan preparará un informe por escrito llamado *Explicación de beneficios de la Parte D* (en ocasiones, se denomina "EDB de la Parte D") cuando usted haya surtido una o más recetas médicas a través del plan durante el mes anterior. Este informe incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre las recetas médicas que ha surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otras personas en su nombre pagaron.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto se denomina información "acumulada del año". Allí se muestran los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos recetados desde que comenzó el año

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que realizó por ellos, utilizamos los registros que nos facilitan las farmacias. A continuación, le mostramos de qué forma puede ayudarnos a que su información esté actualizada y sea correcta:

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando surta una receta médica.** Para asegurarse de estar informados sobre las recetas que surte y lo que paga, muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que surta una receta.
- FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) no está autorizado a reembolsar a los miembros los beneficios cubiertos por Medicaid. **Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que pague por medicamentos recetados donde no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus costos de desembolso. Para ayudarnos a llevar un registro de sus

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

costos de desembolso, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones de cómo hacer esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2 de este folleto). A continuación, se incluyen algunos tipos de situaciones en las que es recomendable que nos entregue copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en ellos:

- Cuando adquiere un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
 - Cuando realizó un copago por medicamentos provistos por un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
 - Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales
- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas han realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para sus costos de desembolso y lo ayudan a calificar para una cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas se consideran parte para su costos de desembolso personal. Debe mantener un registro de estos pagos y enviarnoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
 - **Consulte el informe escrito que le enviamos.** Cuando recibe una *Explicación de beneficios de la Parte D* (EDB de la Parte D) por correo, léala para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta algo en el informe o si tiene alguna pregunta, llámenos al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). Asegúrese de conservar estos informes. Son registros importantes de sus gastos por medicamentos.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos.

Sección 4.1	Permanece en la Etapa de deducible hasta que haya pagado \$435 por sus medicamentos
--------------------	--

Debido a que la mayoría de nuestros miembros reciben “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos recetados, la etapa de deducible no se aplica a la mayoría de los miembros. Si recibe "Ayuda adicional", esta etapa de pago no se aplica a usted.

La mayoría de nuestros miembros reciben "Ayuda adicional" con sus costos de medicamentos recetados, por lo que la Etapa de deducible no se aplica a muchos de ellos. Si recibe "Ayuda

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

adicional", el monto de su deducible depende del nivel de "Ayuda adicional" que reciba; puede que usted:

- No pague un deducible
- – -o – pague un deducible de \$89.

Mire el inserto por separado (la "Cláusula adicional del LIS") para obtener información sobre el monto de su deducible.

Si usted no recibe "Ayuda adicional", la Etapa de deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primera receta en el año. Cuando está en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcance el monto deducible del plan, que es de \$435 para el 2020.

- Su "**costo total**", por lo general, es más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
- El "**deducible**" es el monto que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D antes de que el plan comience a pagar su parte.

Una vez que haya pagado \$435 por sus medicamentos, usted deja la Etapa de deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga la suya

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surta su receta

Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de medicamentos recetados cubiertos y usted paga la suya (el monto de su copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar donde surta su receta.

Sus opciones de farmacias

El monto que paga por un medicamento depende del lugar donde lo obtenga:

- Una farmacia de venta minorista que está en la red de nuestro plan
- Una farmacia que no está en la red del plan
- La farmacia de pedido por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y sobre cómo surtir sus recetas médicas, consulte el Capítulo 5 de este folleto y el *Directorio de farmacias* del plan.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

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

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

- **"Copago"** significa que usted paga un monto fijo cada vez que surte una receta médica.
- **"Coseguro"** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta médica.

Como se muestra en el cuadro a continuación, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido en el que se encuentre su medicamento. Por favor, tenga en cuenta que:

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago que figura en el cuadro, usted pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted pagará *ya sea* el precio completo del medicamento *o* bien el monto del copago, *el menor de ambos*.
- Nosotros cubrimos las recetas médicas surtidas en las farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro para *un mes* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

	Costo compartido estándar para venta minorista (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido por pedido por correo (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido para atención a largo plazo (suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Por favor, consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta 10 días de suministro)
Nivel				
Costos compartidos (Medicamentos genéricos, incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos)	Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional", usted paga lo siguiente: \$0 de copago o \$1.30 de copago o \$3.60 de copago o un coseguro del 15%. O si no recibe "Ayuda adicional" usted paga lo siguiente: 25% del costo del medicamento.	Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional", usted paga lo siguiente: \$0 de copago o \$1.30 de copago o \$3.60 de copago o un coseguro del 15%. O si no recibe "Ayuda adicional" usted paga lo siguiente: 25% del costo del medicamento.	Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional", usted paga lo siguiente: \$0 de copago o \$1.30 de copago o \$3.60 de copago o un coseguro del 15%. O si no recibe "Ayuda adicional" usted paga lo siguiente: 25% del costo del medicamento.	Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional", usted paga lo siguiente: \$0 de copago o \$1.30 de copago o \$3.60 de copago o un coseguro del 15%. O si no recibe "Ayuda adicional" usted paga lo siguiente: 25% del costo del medicamento.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

	Costo compartido estándar para venta minorista (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido por pedido por correo (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido para atención a largo plazo (suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Por favor, consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta 10 días de suministro)
Nivel				
Costos compartidos (Todos los otros medicamentos)	Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional", usted paga lo siguiente: \$0 de copago o \$3.90 de copago o \$8.95 de copago o un coseguro del 15%. O si no recibe "Ayuda adicional" usted paga lo siguiente: 25% del costo del medicamento.	Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional", usted paga lo siguiente: \$0 de copago o \$3.90 de copago o \$8.95 de copago o un coseguro del 15%. O si no recibe "Ayuda adicional" usted paga lo siguiente: 25% del costo del medicamento.	Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional", usted paga lo siguiente: \$0 de copago o \$3.90 de copago o \$8.95 de copago o un coseguro del 15%. O si no recibe "Ayuda adicional" usted paga lo siguiente: 25% del costo del medicamento.	Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional", usted paga lo siguiente: \$0 de copago o \$3.90 de copago o \$8.95 de copago o un coseguro del 15%. O si no recibe "Ayuda adicional" usted paga lo siguiente: 25% del costo del medicamento.

Sección 5.3

Si su médico le receta un suministro de menos de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro de todo el mes

Por lo general, el monto que usted paga por un medicamento recetado cubre el suministro de un medicamento cubierto para un mes completo. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro de medicamentos para menos de un mes. Puede haber ocasiones en que le pedirá a su médico que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez que se sabe que tiene efectos secundarios graves). Si su médico le receta un suministro de menos de un mes completo, no tendrá que pagar por el suministro del mes completo de ciertos medicamentos.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

El monto que paga cuando obtiene un suministro de menos de un mes completo dependerá de si usted es responsable de pagar el coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto fijo en dólares).

- Si usted es responsable del coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independientemente de si la receta es para un suministro de un mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo total del medicamento será menor si obtiene un suministro de menos de un mes completo, el *monto* que paga será menor.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, su copago se basará en la cantidad de días del medicamento que reciba. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (la "tasa de costo compartido diario") y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.
 - Por ejemplo: Digamos que su copago para un suministro mensual por medicamentos (por 30 días) es de \$30. Esto significa que el monto que paga por día por su medicamento es de \$1. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será de \$1 por día multiplicado por 7 días, es decir, un pago total de \$7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funcione para usted antes de que tenga que pagar por el suministro de un mes completo. También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que dispense, un suministro de medicamentos o medicamentos para menos de un mes completo, si esto lo ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes recetas y así haga menos viajes a la farmacia. El monto que pague dependerá del suministro de días que reciba.

Sección 5.4	Cuadro que muestra sus costos por un suministro a <i>largo plazo</i> (hasta 90 días) de un medicamento
--------------------	---

En el caso de algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro prolongado”) cuando surte su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días. (Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección 2.4.)

El siguiente cuadro muestra lo que usted debe pagar al obtener un suministro de un medicamento a largo plazo (90 días).

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Su parte del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento que requiere receta cubierto de la Parte D:

Nivel	Costo compartido estándar para venta minorista (dentro de la red) (Suministro para 90 días)	Costo compartido por pedido por correo (Suministro para 90 días)
Costos compartidos (Medicamentos genéricos, incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos)	Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional", usted paga lo siguiente: \$0 de copago o \$1.30 de copago o \$3.60 de copago o un coseguro del 15%. O si no recibe "Ayuda adicional" usted paga lo siguiente: 25% del costo del medicamento.	Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional", usted paga lo siguiente: \$0 de copago o \$1.30 de copago o \$3.60 de copago o un coseguro del 15%. O si no recibe "Ayuda adicional" usted paga lo siguiente: 25% del costo del medicamento.
Costos compartidos (Todos los otros medicamentos)	Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional", usted paga lo siguiente: \$0 de copago o \$3.90 de copago o \$8.95 de copago o un coseguro del 15%. O si no recibe "Ayuda adicional" usted paga lo siguiente: 25% del costo del medicamento.	Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional", usted paga lo siguiente: \$0 de copago o \$3.90 de copago o \$8.95 de copago o un coseguro del 15%. O si no recibe "Ayuda adicional" usted paga lo siguiente: 25% del costo del medicamento.

Sección 5.5

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de medicamentos del año alcancen \$4,020

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos recetados que haya surtido y reabastecido alcance el límite de **\$4,020 para la etapa de cobertura inicial**.

Su costo total de medicamentos se calcula sumando lo que usted pagó y lo que cualquier plan de la Parte D pagó:

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- **El monto que usted pagó** por todos los medicamentos cubiertos que ha obtenido desde la primera compra de medicamentos que realizó en el año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus costos de desembolso). Esto incluye lo siguiente:
 - El monto total que pagó cuando estaba en la Etapa de deducible, que es \$0 o \$89 por subsidio de bajos ingresos o \$435 por subsidio de ingresos que no son bajos.
 - El total que pagó por concepto de su parte del costo por sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial
- **El monto que el plan pagó** como su parte del costo que le corresponde de sus medicamentos durante la etapa de cobertura inicial. (Si estuviera inscrito en un plan diferente de la Parte D en cualquier momento durante el 2020, el monto que ese Plan pagó durante la Etapa de Cobertura Inicial también cuenta como parte de sus costos totales por medicamentos).

La *Explicación de beneficios de la Parte D (EDB de la Parte D)* (Parte D EOB) que le enviamos le ayudará a llevar un registro de cuánto han gastado usted y el plan, así como cualquier tercera persona, han gastado en sus medicamentos a lo largo del año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$4,020 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto de \$4,020. Si alcanza este monto, dejará la etapa de cobertura inicial y pasará a la etapa de brecha entre cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la etapa de brecha entre cobertura, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y paga no más del 25% de los costos por los medicamentos genéricos

Sección 6.1	Usted permanece en la etapa de brecha entre cobertura hasta que sus costos de desembolso alcancen los \$6,350
--------------------	--

Los beneficiarios de Medicare que reciben ayuda adicional no tienen un período de brecha entre cobertura. Esta sección se aplica si usted ya no califica para recibir ayuda adicional para pagar sus medicamentos de la Parte D.

Cuando usted está en la Etapa de brecha de cobertura, el Programa de descuento de la brecha de cobertura de Medicare proporciona descuentos de los fabricante en los medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa por expendio de los medicamentos de marca. Tanto el monto que paga como el monto descontado por el fabricante cuentan para sus costos desembolsados como si los hubiera pagado y lo llevan a través de la brecha entre cobertura.

También recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Para los medicamentos genéricos, el

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

monto pagado por el plan (75%) no cuenta para los costos que desembolsa. Solo el monto que usted paga se tomará en cuenta y lo ayudará a pasar por la brecha entre cobertura.

Usted continúa pagando el precio con descuento por medicamentos de marca y no más del 25% de los costos por medicamentos genéricos hasta que sus pagos de desembolso anuales alcancen el monto máximo establecido por Medicare. En 2020, ese monto es de \$6,350.

Medicare establece normas sobre lo que se consideran costos de desembolso personal y lo que no. Cuando alcance un límite de desembolso personal de \$6,350, dejará la etapa de brecha entre cobertura y pasará a la etapa de cobertura catastrófica.

Sección 6.2	Cómo calcula Medicare los costos de desembolso por los medicamentos que requieren receta médica
--------------------	--

A continuación se presentan las reglas de Medicare que debemos seguir cuando llevamos el registro de los costos de desembolso para sus medicamentos.

Estos pagos están incluidos en sus costos de desembolso personal

Al sumar sus costos de desembolso, usted puede incluir los pagos que se detallan a continuación (siempre y cuando sean para medicamentos cubiertos por la Parte D y haya cumplido las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La etapa deducible
 - La etapa de cobertura inicial
 - La etapa de brecha entre cobertura
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan diferente de medicamentos recetados de Medicare antes de unirse a nuestro plan.

Es importante determinar quién paga:

- Si es **usted mismo** quien efectúa estos pagos, se tomarán en cuenta para sus costos de desembolso personal.
- Estos pagos *también están incluidos* si ciertas personas u organizaciones **efectúan los pagos en su nombre**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos efectuados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por los Programas de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA, por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica calificado por Medicare o por el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos realizados por el programa de "Ayuda adicional" de Medicare.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de descuento de la brecha entre cobertura de Medicare. Se incluye el monto que paga el fabricante por sus medicamentos de marca. Sin embargo, no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Pasar a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) han gastado un total de \$6,350 en costos de desembolso dentro del año calendario, pasará de la Etapa de cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no se incluyen en sus costos de desembolso

Al sumar sus costos de desembolso personal, no se le permite incluir ninguno de los siguientes tipos de pagos para medicamentos recetados:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D por Medicare.
- Los pagos que realiza por medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare
- Los pagos realizados por el plan por los medicamentos de marca o medicamentos genéricos mientras usted se encuentra en la etapa de brecha entre cobertura
- Los pagos por sus medicamentos realizados por los planes de salud grupales, incluidos los planes de salud del empleador
- Los pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y el Departamento de Asuntos de Veteranos.
- Los pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, indemnización por un accidente laboral).

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga parte o la totalidad de sus costos de desembolso personal por los medicamentos, usted debe informárselo a nuestro plan. Llame al Servicio al cliente para informarnos (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D**¿Cómo puede hacer el seguimiento del total de los costos de desembolso personal**

- **Nosotros le ayudaremos.** El informe de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EDB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de sus costos de desembolso personal (la Sección 3 de este capítulo describe este informe). Cuando alcanza un total de \$6,350 en costos de desembolso personal en el año, este informe le indicará que ha dejado la etapa de brecha entre cobertura y ha pasado a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 explica lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayoría de los costos de sus medicamentos

Sección 7.1	Cuando esté en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto del año.
--------------------	---

Usted califica para la etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de desembolso personal han alcanzado el límite de \$6,350 para el año calendario. Una vez que esté en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos recetados, sus costos para los medicamentos cubiertos dependerán del nivel de “Ayuda adicional” que reciba. Durante esta etapa, su parte del costo de un medicamento cubierto será:

- \$0; o
- Un coseguro o un copago, el monto que fuese *mayor*:
 - - *ya sea* - un coseguro del 5% del costo del medicamento
 - - o - \$3.60 por un medicamento genérico o un medicamento que se considere como uno genérico y \$8.95 para todos los otros medicamentos.
 - **Nuestro plan paga el resto** de los costos.

Consulte el inserto por separado (la "Cláusula adicional de LIS") para obtener información sobre sus costos durante la Etapa de cobertura catastrófica.

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las reciba.

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de la vacuna en sí de la Parte D y para el costo de administración
--

Nuestro plan brinda cobertura para varias vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Puede obtener información sobre la cobertura de estas vacunas en el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4, Sección 2.1.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D se divide en dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **medicamento de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
- La segunda parte de la cobertura es por el costo **de administrarle la vacuna**. (A veces, se denomina la "administración" de la vacuna).

¿Qué debe pagar usted por una vacuna de la Parte D?

Lo que usted debe pagar por una vacuna de la Parte D depende de tres cosas:

- 1) El tipo de vacuna** ((la enfermedad contra la que se inmuniza).
 - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede averiguar sobre su cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)*.
 - Otras vacunas se consideran medicamentos recetados de la Parte D. Usted puede encontrar la lista de estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan.
- 2) ¿Dónde obtiene la medicación de la vacuna?**
- 3) ¿Quién le aplica la vacuna?**

Lo que usted paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces, cuando a usted se le debe administrar una vacuna, deberá pagar el costo total del medicamento de la vacuna y de su administración. Puede solicitar a nuestro plan un reembolso por la parte que nos corresponde del costo.
- En otras ocasiones, cuando obtiene el medicamento de la vacuna o se le administra la vacuna, pagará solo su parte del costo.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Para mostrarle cómo funciona este mecanismo, a continuación presentamos tres formas comunes en que puede recibir una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de pagar todos los costos asociados con las vacunas (incluida su administración) durante la etapa de deducible de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y recibe su vacuna en la farmacia de la red. (La disponibilidad de esta opción depende del lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas).

- Usted tendrá que pagar a la farmacia el monto de su copago por la vacuna y el costo de su administración.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Al recibir la vacuna, usted pagará el costo total de la vacuna y su administración.
- Luego, podrá solicitarle a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo mediante el uso de procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará el monto pagado, menos su copago normal por la vacuna (incluida su administración), y cualquier diferencia entre el monto que el médico cobre y lo que pagamos normalmente. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

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

- Tendrá que pagar a la farmacia el monto de su copago por la vacuna.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted pagará el costo total de este servicio. Luego, podrá solicitarle a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo mediante el uso de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto.
- Se le reembolsará el monto cobrado por el médico por administrarle de la vacuna.

Sección 8.2**Le recomendamos que llame al Servicio al cliente antes de recibir una vacuna**

Las reglas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarle. Le recomendamos que nos llame primero al Servicio al Cliente cuando esté planeando vacunarse. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

- Podemos informarle cómo nuestro plan cubre la vacuna y explicarle su parte del costo.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- Podemos informarle cómo para mantener sus costos bajos si usa proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar un proveedor y una farmacia de la red, podemos informarle lo que debe hacer para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

*Cómo solicitarnos que paguemos
una factura que ha recibido por
concepto de servicios médicos o
medicamentos cubiertos*

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

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

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos	149
Sección 1.1	Si paga sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago.	149
SECCIÓN 2	Cómo puede solicitarnos el reembolso o pago de una factura que recibió	151
Sección 2.1	Cómo y a dónde debe enviarnos su solicitud de pago.....	151
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos	152
Sección 3.1	Verificaremos para determinar si debemos cubrir el servicio o medicamento	152
Sección 3.2	Si le comunicamos que no pagaremos por la atención médica o el medicamento, usted puede presentar una apelación.....	153
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las que deberá guardar sus recibos y enviarnos copias	153
Sección 4.1	En algunos casos, deberá enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de desembolso personal por los medicamentos	153

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos**SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos****Sección 1.1 Si paga sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago.**

Los proveedores de nuestra red facturan al plan directamente por sus servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos que recibió, debe enviarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la examinaremos y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben cubrirse, le pagaremos al proveedor directamente.

Si ya ha pagado por los servicios o medicamentos cubiertos por el plan, puede solicitarle a nuestro plan que le reembolse (a menudo, el reembolso se denomina “reembolso”). Usted tiene derecho a que nuestro plan le reembolse el dinero cuando haya pagado más de su parte del costo por los servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que ya haya pagado, la examinaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le reembolsaremos los servicios o medicamentos.

A continuación, presentamos ejemplos de situaciones en las que puede solicitar a nuestro plan un reembolso o el pago de una factura que haya recibido.

1) Cuando ha recibido atención médica de emergencia o atención que se necesitan con urgencia de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor sea o no parte de nuestra red. Cuando recibe servicios de emergencia o que se necesitan con urgencia de un proveedor que no es parte de nuestra red, usted debe pedirle al proveedor que facture al plan.

- Si usted paga el monto total al momento de recibir la atención, debe solicitarnos que le reembolsemos el dinero. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- A veces, puede recibir una factura del proveedor en la que se le solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si ya ha pagado por el servicio, determinaremos cuánto debería haber pagado y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan directamente. Pero a veces cometen errores y le piden a usted que pague por sus servicios.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Debe solicitarnos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía según el plan.

3) Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de su inscripción ya pasó. La fecha de inscripción incluso puede haber ocurrido el año pasado.)

Si usted se inscribió en nuestro plan retroactivamente y pagó costos de desembolso por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá enviarnos la documentación para que administremos el reembolso. Comuníquese con el Servicio al cliente para obtener información adicional sobre cómo solicitarnos un reembolso y los plazos para realizar su solicitud. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

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

Si acude a una farmacia fuera de la red e intenta usar su tarjeta de membresía para surtir una receta, es posible que la farmacia no pueda enviarnos el reclamo directamente. En este caso, deberá pagar el costo total de su receta. (Cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en algunas situaciones especiales. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información). Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.

5) Cuando paga el costo total de una receta médica porque no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted

Si no tiene su tarjeta de membresía con el plan con usted, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de la receta usted mismo. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo

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

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

Puede pagar el costo total de la receta porque descubre que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no figure en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan; o bien podría tener un requisito o restricción que no conocía o que no considere que debería aplicarse a usted. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total del mismo.
- Guarde su recibo y envíenos una copia del mismo cuando nos solicite el reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o medicamento debe estar cubierto. Esto se denomina tomar una "decisión de cobertura". Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Sección 2.1 Cómo y a dónde debe enviarnos su solicitud de pago
--

Envíenos su solicitud de pago, junto con su factura y documentación de cualquier pago que haya realizado. Le recomendamos hacer una copia de su factura y recibos para sus expedientes.

Para asegurarse de que nos brinde toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para realizar su solicitud de pago.

- No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web (firstcare.com/dualsnp) o llame al Servicio al cliente y solicite el formulario. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

Envíenos su solicitud de pago junto con todas las facturas o recibos la siguiente dirección:

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

Solicitudes de pago de la parte C:

FirstCare Health Plans

ATENCIÓN: Reclamaciones - Solicitudes de pago de la Parte C de Medicare

12940 US HWY 183 North

Austin, TX 78750

Debe enviar su solicitud en un plazo de 12 meses a partir de la fecha en que reciba los servicios médicos cubiertos.

Solicitudes de pago de la Parte D:

Reclamos manuales de FirstCare

PO Box 1039

Appleton, WI 54912-1039

Debe enviar su solicitud en un plazo de 12 meses a partir de la fecha en que surta la receta de un medicamento cubierto de la Parte D.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). Si no sabe el monto que debería haber pagado, o si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarle. También puede llamarnos si desea brindarnos más información acerca de una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos

Sección 3.1 Verificaremos para determinar si debemos cubrir el servicio o medicamento
--

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted ha cumplido con todas las reglas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo del servicio. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las reglas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D cubiertos).

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento son *no* cubierto, o lo hiciste no siga todas las reglas, *no* pagaremos nuestra parte del costo de la atención o el medicamento. En cambio, le enviaremos una carta que explique los motivos por los que no enviamos el pago que ha solicitado y sus derechos para apelar esa decisión.

Sección 3.2	Si le comunicamos que no pagaremos por la atención médica o el medicamento, usted puede presentar una apelación
--------------------	--

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*). El proceso de apelaciones es un proceso formal que consta de procedimientos detallados y plazos importantes. Si no tiene experiencia en la presentación de una apelación, le será útil comenzar por el Capítulo 9, Sección 5. La Sección 5 es una introducción que explica el proceso de las decisiones de cobertura y las apelaciones, e incluye definiciones de términos tales como “apelación”. Luego de leer la sección 5, puede consultar la sección en el capítulo 9 que le indica los pasos a seguir para su situación:

- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio médico, consulte a el Capítulo 9, Sección 6.3.
- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección 7.5.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que deberá guardar sus recibos y enviarnos copias

Sección 4.1	En algunos casos, deberá enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de desembolso personal por los medicamentos
--------------------	---

Hay algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no estará solicitándonos un pago. En su lugar, nos informará qué pagos ha realizado para que podamos calcular correctamente sus costos de desembolso personal. Esto puede ayudarle a calificar para la Etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

A continuación se muestra un ejemplo de una situación en la que debe enviarnos copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

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

Cuando obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia para pacientes ofrecido por un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia para pacientes ofrecido por un fabricante de medicamentos que está fuera de los beneficios del plan. Si obtiene algún medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, puede pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que sus gastos de desembolso para el cálculo de su calificación para la etapa de cobertura catastrófica.
- **Por favor, tenga en cuenta que:** Debido a que usted recibe su medicamento a través del programa de asistencia para pacientes y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero al enviarnos una copia del recibo, nos permite calcular correctamente sus costos de desembolso personal y quizás ayudarlo a calificar de forma más rápida para la etapa de cobertura catastrófica.

Ya que usted no está solicitando un pago en el caso descrito anteriormente, esta situación no se considera una decisión de cobertura. Por lo tanto, no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan.....	157
Sección 1.1	Debemos proporcionar información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas además del inglés y en letra grande)	157
Sección 1.2	Debemos garantizarle que reciba un acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos	158
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información médica personal.....	158
Sección 1.4	Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos	159
Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención	161
Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado.....	163
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si considera que lo hemos tratado de forma injusta o no hemos respetado sus derechos?	163
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos	164
SECCIÓN 2	Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan	164
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	164

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan.

Sección 1.1	Debemos proporcionar información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas además del inglés y en letra grande)
--------------------	---

To get information from us in a way that works for you, please call Customer Service (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. 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 Customer Service (phone numbers are printed on the back cover of this booklet) or contact the FirstCare Health Plans Compliance Officer.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with FirstCare Health Plans. 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. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact FirstCare Health Plans Customer Service for additional information. Si desea que le enviemos información de otra manera para que usted pueda entenderla, llame al Departamento de Servicio al Cliente. Los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto.

Nuestro plan pone a su disposición personas y servicios gratuitos de interpretación de idiomas para contestar las preguntas de aquellos miembros que no hablan inglés. También tenemos materiales impresos en español. Además, podemos proporcionarle información en Braille, letra grande o en otro formato alternativo si usted lo necesita. Es nuestra obligación brindarle información sobre los beneficios de su plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto) Si se le dificulta obtener información de nuestro plan debido a problemas relacionados con el idioma o una discapacidad, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día de los 7 días de la semana, y dígales que desea presentar una queja. Las personas con discapacidades auditivas deben llamar al 1-877-486-2048 (TTY). También puede llamar a nuestro departamento de Quejas al 1-866-229-4969.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.2 Debemos garantizarle que reciba un acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos**

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) en la red del plan para proporcionar y organizar sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 explica más sobre esto). Llame al Servicio al cliente para saber qué médicos aceptan pacientes nuevos (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). También tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una derivación. No requerimos que obtenga derivaciones para programar citas con proveedores de la red.

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

Si considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, el Capítulo 9, Sección 11 de este folleto le indica qué puede hacer. (Si hemos rechazado la cobertura para su atención médica o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 9, Sección 5 le indica lo que puede hacer).

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

- Su "información personal médica" incluye la información personal que nos entregó cuando se inscribió en este plan, así como sus expedientes médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y con el control de la manera en la que se usa su información médica. Le brindamos un aviso por escrito, denominado "Aviso de Prácticas de Privacidad", que le informa sobre estos derechos y le explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no puedan ver ni cambiar su historial médico.
- En la mayoría de las situaciones, si brindamos su información médica a cualquier persona que no le brinda atención o que pague por ella, *primero debemos obtener su permiso por escrito*. Usted o alguien a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted puede otorgar el permiso por escrito.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso por escrito. Estas excepciones las permite o exige la ley.
 - Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos proporcionarle a Medicare su información médica, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentaciones federales.

Puede ver la información en sus expedientes médicos y saber de qué manera se ha compartido con otros.

Tiene derecho a ver sus registros médicos que se conservan en el plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a solicitarnos que agreguemos o corriamos sus expedientes médicos. Si nos solicita que lo hagamos, analizaremos la situación con su proveedor de atención de salud para decidir si se deben hacer los cambios.

Usted tiene derecho a conocer de qué manera se ha compartido su información médica con otras personas por cualquier motivo que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal médica, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

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

Como miembro de FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP), usted tiene derecho a obtener varios tipos de información de nosotros. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que sea conveniente para usted. Esto incluye obtener la información en otros idiomas además del inglés y en letra grande u otros formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones presentadas por los miembros y las calificaciones de desempeño del plan, es decir, cómo fue calificado el plan por parte de los afiliados y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- **Información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas nuestras farmacias de la red.**
 - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener información de parte nuestra sobre los antecedentes de los proveedores y las farmacias de nuestra red, y sobre cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el Directorio de proveedores.
 - Para obtener una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el Directorio de farmacias
 - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o nuestras farmacias, puede llamar al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web firstcare.com/dualsnp.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usarla.**
 - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, explicamos qué servicios médicos están cubiertos para usted, todas las restricciones que se aplican a ella y qué reglas deben seguir para obtener los servicios médicos cubiertos.
 - Para obtener los detalles de su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este folleto, y también la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario) del plan*. Estos capítulos, junto con la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)*, le informan qué medicamentos están cubiertos y le explican las reglas que debe seguir y las restricciones de su cobertura para ciertos medicamentos.
 - Si tiene preguntas sobre las reglas o restricciones, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
 - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no están cubiertos, o si su cobertura está restringida de alguna manera, puede solicitarnos una explicación por escrito. Tiene derecho a esta explicación incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
 - Si no está satisfecho o si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D está cubierto para usted, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos la decisión. Nos puede pedir que cambiemos la decisión a través de una apelación. Para obtener detalles sobre qué hacer si algo no está cubierto como considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este folleto. Le proporciona los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también informa sobre cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los plazos de espera y otras inquietudes).

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Si desea solicitarle a nuestro plan que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por atención médica o un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

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

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

Usted tiene derecho a obtener información completa de parte de sus médicos y otros proveedores de atención médica acuda por atención médica. Sus proveedores deben explicarle su condición médica y sus opciones de tratamiento. *de una manera que usted pueda comprender.*

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

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, sin importar su costo o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye recibir información sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar y usarlos sus medicamentos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar de antemano si cualquier 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".** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar medicamentos, usted acepta toda la responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo como resultado de eso.
- **Para recibir una explicación si se le niega la cobertura de la atención.** Tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le deniega la atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este folleto le indica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar las decisiones médicas por sí mismo

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

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Completar un formulario escrito para concederle **a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre** si algún día pierde la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.
- **Darle instrucciones escritas a sus médicos** sobre cómo desea que ellos manejen su atención médica si usted pierde la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan "**Instrucciones anticipadas**". Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos denominados "**Testamento en vida**" y "**poder legal para la atención de salud**" son ejemplos de instrucciones anticipadas.

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

- **Obtener el formulario.** Si desea tener una directiva anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros de oficina. En ocasiones, puede obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que brindan información a las personas sobre Medicare. También puede comunicarse con el Servicio al cliente para solicitar los formularios (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debe considerar que un abogado lo ayude a prepararlo.
- **Entregar copias a las personas apropiadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que designe en el formulario para tomar decisiones en caso de que usted no pueda hacerlo. Es red que desee dar copias a amigos cercanos o familiares también. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia al hospital.**

- Si lo admiten en el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucción anticipada, el hospital tiene formularios disponibles, y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es su decisión si desea completar una instrucción anticipada (incluso si desea firmar uno si está en el hospital). Por ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo por el hecho de que haya firmado, o no, una instrucción anticipada.

¿Qué sucede si no se cumplen sus instrucciones?

Si usted ha firmado una instrucción anticipada y considera que un médico u hospital no cumplieron las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

Si tiene algún problema o inquietud sobre sus servicios o atención cubiertos, el Capítulo 9 de este folleto le indica qué puede hacer. Brinda detalles sobre cómo resolver todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para dar seguimiento a un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba solicitarle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura para usted, presentarnos una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, solicite una decisión de cobertura, presente una apelación o presente una queja. **estamos obligados a tratarlo de manera justa.**

Tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y las quejas que otros miembros hayan presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si considera que lo hemos tratado de forma injusta o no hemos respetado sus derechos?

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

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

¿Es por algún otro motivo?

Si cree que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para resolver su problema:

- **Llame al Servicio al cliente** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).
- **Llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos.** Para obtener detalles sobre esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- **O, puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Existen varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- **Llame al Servicio al cliente** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).
- Usted puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés)**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Comuníquese con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Derechos y Protecciones de Medicare". (La publicación está disponible en: <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf>).
 - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación, se enumera lo que usted debe hacer como miembro del plan. Si tiene preguntas, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). Estamos aquí para ayudarle.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las reglas que debe cumplir para obtenerlos** Use este folleto de Evidencia de cobertura para conocer qué está cubierto y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre sus servicios médicos, incluyendo lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que se deben seguir y lo que usted paga.
 - Los capítulos 5 y 6 brindan detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene cualquier otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos recetados, además de nuestro plan, debe informarnos.** Llame al Servicio al cliente para informarnos (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).
 - Debemos seguir ciertas normas establecidas por Medicare y Medicaid para asegurarnos de que usted utilice la totalidad de su cobertura en combinación cuando obtenga los servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se denomina

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

"**coordinación de beneficios**" porque implica coordinar los beneficios de salud y de medicamentos que obtiene de parte de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos disponible para usted. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1, Sección 7).

- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención de salud que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan siempre que reciba atención médica o medicamentos que requieren receta médica de la Parte D.
- **Colabore con sus médicos y los demás proveedores al proporcionarles información, hacer preguntas y seguir el tratamiento propuesto.**
 - Para ayudar a sus médicos y otros proveedores de salud a brindarle la mejor atención, aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud y bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar. Sus médicos y otros proveedores de atención de salud deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta que recibe, pregunte nuevamente.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de realizar estos pagos:
 - Debe pagar las primas de su plan para continuar siendo miembro de nuestro plan.
 - Para ser elegible para nuestro plan, debe tener Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP), Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica para ello automáticamente) y para su prima de la Parte B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el medicamento. Esto será un copago (un monto fijo) o un coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 6 le indica lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
 - Si recibe servicios médicos o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negar la cobertura de un servicio o un medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

- Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
- Si se le exige pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos más altos (como se informó en su última declaración de impuestos), deberá pagarlo directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Infórmenos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).
 - **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (El Capítulo 1 le indica sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se va a mudar fuera de nuestra área de servicio. Si se muda fuera de nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial en el que podrá inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
 - **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, necesitamos estar al tanto** para que podamos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo contactarlo.
 - Si se muda, también es importante que informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto para estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame al Servicio al cliente para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono y el horario de atención del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este folleto.
 - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

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

<u>Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja</u>	
<u>(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</u>	
ANTECEDENTES.....	171
SECCIÓN 1	Introducción..... 171
Sección 1.1	Qué hacer si tiene un problema o inquietud 171
Sección 1.2	¿Qué sucede con los términos legales? 171
SECCIÓN 2	Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros. 172
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada..... 172
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para abordar su problema? 174
Sección 3.1	¿Debe utilizar el proceso para los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid? 174
PROBLEMAS POR CAUSA DE SUS BENEFICIOS DE <u>MEDICARE</u>.....	175
SECCIÓN 4	Cómo manejar problemas que tenga por causa de los beneficios de <u>Medicare</u> 175
Sección 4.1	¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas? 175
SECCIÓN 5	Una guía para conocer los aspectos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones..... 175
Sección 5.1	Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: consideraciones generales 175
Sección 5.2	Cómo obtener ayuda al solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación..... 177
Sección 5.3	¿Qué sección de este capítulo le brinda los detalles de su situación? 178
SECCIÓN 6	Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación..... 178
Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para la atención médica o si desea que le reembolsemos el costo de su atención. 178
Sección 6.2	Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar que nuestro plan autorice o brinde la cobertura de atención médica que desea) 181
Sección 6.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 (Cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan) 185

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

Sección 6.4	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2.....	188
Sección 6.5	¿Qué sucede si nos solicita que le reembolsemos una factura que recibió por atención médica?.....	191
SECCIÓN 7	Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	192
Sección 7.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento de la Parte D.....	192
Sección 7.2	¿Qué es una excepción?	194
Sección 7.3	Datos importantes que debe saber para solicitar excepciones.....	196
Sección 7.4	Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....	196
Sección 7.5	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)	200
Sección 7.6	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2.....	203
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto	205
Sección 8.1	Durante su estancia hospitalaria, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sobre sus derechos	206
Sección 8.2	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria	208
Sección 8.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria	211
Sección 8.4	¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su Apelación de Nivel 1?	212
SECCIÓN 9	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura finaliza demasiado pronto	216
Sección 9.1	<i>Esta sección trata únicamente de tres servicios: Atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés).</i>	216
Sección 9.2	Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura.....	217
Sección 9.3	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo	218
Sección 9.4	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo	220

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

Sección 9.5	¿Qué sucede no cumple con el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?	221
SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....	224
Sección 10.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos.....	224
Sección 10.2	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de medicamentos de la Parte D.....	226
SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	227
Sección 11.1	¿Qué tipo de problemas se tratan en el proceso de queja?	228
Sección 11.2	El nombre completo para "presentar una queja" es "presentar un reclamo".....	230
Sección 11.3	Paso a paso: cómo presentar una queja	230
Sección 11.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad	231
Sección 11.5	También puede presentar su queja ante Medicare.....	232
PROBLEMAS POR CAUSA DE SUS BENEFICIOS DE <u>MEDICAID</u>		232
SECCIÓN 12	Cómo manejar problemas que tenga por causa de los beneficios de <u>Medicaid</u>	232

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****ANTECEDENTES.****SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud**

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

1. Si su problema se trata de beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si desea obtener ayuda para decidir si usar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, o ambos, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).
2. El tipo de problema que tiene:
 - Para algunos tipos de problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
 - Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso de presentación de quejas**.

Estos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y el manejo rápido de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos seguir.

¿Qué proceso debe utilizar? La guía en la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto para usar.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Existen términos legales técnicos para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no son familiares para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las reglas y procedimientos legales utilizando palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice "presentar una queja" en lugar de "presentar un reclamo", "decisión de cobertura" en lugar de "determinación de la organización" o "determinación de cobertura" o "determinación de riesgo" y "Organización de revisión independiente" en lugar de "Entidad de revisión independiente". También usa abreviaciones lo menos posible.

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

Sin embargo, puede ser útil, y a veces bastante importante, que conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos usar le ayudará a comunicarse de manera más clara y precisa cuando esté abordando su problema y obtenga la ayuda o información correcta para su situación. Para ayudarle a saber qué términos usar, incluimos términos legales cada vez que describimos los detalles para manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 **Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros.**

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

A veces, puede ser confuso comenzar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Pero en algunas situaciones, es posible que también quiera recibir ayuda u orientación de alguien que no está relacionado con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés)**. Este programa gubernamental cuenta con asesores capacitados en todos los estados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender qué proceso debe utilizar para resolver un problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en el Capítulo 2, Sección 3 de este folleto.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para resolver un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación se presentan dos formas de obtener información directamente de Medicare:

- 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.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>)

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

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC, por sus siglas en inglés)

Teléfono: 1-855-937-2372

Sitio web: <https://hhs.texas.gov/services/aging>

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

**SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para abordar su
problema?**

Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso para los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid?

Debido a que tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid, existen diferentes procesos que usted puede utilizar para manejar su problema o queja. El proceso que utilice dependerá de si el problema es sobre los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid. Si su problema es por causa de un beneficio cubierto por Medicare, entonces debe usar el proceso de Medicare. Si su problema es por causa de un beneficio cubierto por Medicaid, entonces debe usar el proceso de Medicaid. Si desea ayuda para decidir si usar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

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

Para determinar qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o inquietud específica,
COMIENCE AQUÍ

¿Es su problema por causa de los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid?

(Si desea ayuda para decidir si su problema es por causa de los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid, comuníquese con el Servicio al Cliente. Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

Mi problema es por causa de los beneficios de **Medicare**.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, “Cómo manejar problemas que tenga por causa de los beneficios de Medicare”**.

Mi problema es por causa de la cobertura de **Medicaid**.

Consulte la **Sección 12** de este capítulo "**Cómo manejar problemas que tenga por causa de los beneficios de Medicaid**".

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

PROBLEMAS POR CAUSA DE SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

**SECCIÓN 4 Cómo manejar problemas que tenga por causa de los
beneficios de Medicare**

**Sección 4.1 ¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y
apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de
quejas?**

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. El cuadro a continuación lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo que se trate sobre problemas o quejas por causa de **beneficios cubiertos por Medicare**.

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

¿El problema o inquietud están relacionados con los beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas sobre si cierta atención médica particular o los medicamentos recetados están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados).

Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura.

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

No. Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura.

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

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

**Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar
apelaciones: consideraciones generales**

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

El proceso para solicitar decisiones de cobertura y apelaciones se ocupa de problemas relacionados con sus beneficios y cobertura, incluidos problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted utiliza para asuntos, tales como saber si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

Solicitud de decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto debemos pagar. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cada vez que le brinda atención médica o si su médico de la red lo deriva a un especialista médico. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a brindarle la atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que Medicare ya no lo cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, puede "apelar" la decisión. Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas correctamente. Su apelación es analizada por diferentes revisores que aquellos que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le informaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que abordaremos más adelante, puede solicitar una "decisión de cobertura rápida" o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si rechazamos toda o parte de su Apelación de Nivel 1, puede pasar a una Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 es realizada por una organización independiente que no está relacionada con nosotros. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la organización independiente para una Apelación de Nivel 2. En otras situaciones, deberá solicitar una Apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión en la Apelación de Nivel 2, puede continuar con niveles adicionales de apelación.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 5.2 Cómo obtener ayuda al solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación**

¿Desea obtener asistencia? A continuación se presentan algunos de los recursos que puede utilizar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos al Servicio al cliente** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).
- Para **obtener asistencia gratuita de una organización independiente** que no está relacionada con nuestro plan, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar una solicitud por usted.**
 - Para atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación en el Nivel 1, se remitirá automáticamente al Nivel 2. Para solicitar una apelación después del Nivel 2, su médico debe ser nombrado como su representante.
 - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otra persona expide la receta médica pueden solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 o Nivel 2 en su nombre. Para solicitar una apelación después del Nivel 2, su médico u otra persona que expida la receta médica debe ser nombrado como su representante.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Quizás ya haya alguien que esté legalmente autorizado para actuar como su representante según la ley estatal.
 - Si desea que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor u otra persona sea su representante, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario de "designación de un representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>). El formulario le otorga a esa persona un permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea nombrar como representante. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que lo represente.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

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

Sección 5.3 ¿Qué sección de este capítulo le brinda los detalles de su situación?

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Como cada situación tiene diferentes reglas y plazos, proporcionamos los detalles de cada uno en una sección separada:

- **Sección 6** de este capítulo: "Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 7** de este capítulo: "Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 8** de este capítulo: "Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto"
- **Sección 9** de este capítulo: "Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura finaliza demasiado pronto" (*Esto se aplica solo a los siguientes servicios: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés)*)

Si no está seguro de qué sección debe utilizar p llame al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (el Capítulo 2, Sección 3, de este folleto contiene los números de teléfono de este programa).

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



¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (*Guía para conocer los "aspectos básicos" sobre las decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no lo ha hecho, puede leerla antes de comenzar esta sección.

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para la atención médica o si desea que le reembolsemos el costo de su atención.

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de beneficios (qué está cubierto)* Para facilitar su consulta, generalmente nos referimos a "cobertura de atención médica" o "atención médica" en el resto de esta sección, en lugar de repetir "atención o tratamiento o servicios médicos" cada vez. El término "atención médica" incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos

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

recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican distintas reglas a una solicitud de un medicamento que requiere de receta médica de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas aplican a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B son diferentes de las reglas para artículos o servicios médicos.

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

- 1) No obtiene determinada atención médica que desea y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan.
- 2) Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desean brindarle, y usted considera que esta atención está cubierta por el plan.
- 3) Ha recibido atención o servicios médicos que considera que deben estar cubiertos por el plan pero le hemos dicho que no pagaremos esta atención.
- 4) Ha recibido y pagado atención o servicios médicos que considera que deben estar cubiertos por el plan, y desea solicitarle a nuestro plan que le reembolse por esta atención.
- 5) Se le informa que la cobertura de cierta atención médica que ha recibido y que aprobamos previamente se reducirá o suspenderá, y usted considera que el hecho de reducir o suspender esta atención podría dañar su salud.
 - **NOTA: Si la cobertura que se suspenderá es para la atención hospitalaria, la atención médica domiciliaria, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios del centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés), debe leer una sección separada de este capítulo porque se aplican reglas especiales a estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en esas situaciones:**
 - Capítulo 9, Sección 8: *Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
 - Capítulo 9, Sección 9: *Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura finaliza demasiado pronto.* Esta sección trata solo de tres servicios: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios del Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés).
 - Para *todas las demás* situaciones en las que se le informe que la atención médica que ha estado recibiendo se suspenderá, use esta sección (Sección 6) como guía para saber qué hacer.

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

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si está en esta situación:	Puede realizar lo siguiente:
¿Desea saber si cubriremos la atención o los servicios médicos que desea recibir?	Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para su caso. Consulte la sección siguiente de este capítulo, Sección 6.2.
¿Ya le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma en que usted desea que se cubra o pague?	Puede presentar una apelación . (Esto significa que nos solicita que reconsideremos nuestra decisión). Consulte la Sección 6.3 de este capítulo.
¿Desea solicitarnos un reembolso por la atención o los servicios médicos que ya recibió y pagó?	Puede enviarnos la factura. Consulte la Sección 6.5 de este capítulo.

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

Sección 6.2 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura
(cómo solicitar que nuestro plan autorice o brinde la cobertura
de atención médica que desea)

Términos legales

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

Paso 1: Usted solicita a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que solicita. Si su salud requiere una respuesta agilizada, debe solicitarnos que tomemos una "decisión de cobertura agilizada".

Términos legales

Una "decisión de cobertura agilizada" se denomina "**determinación agilizada**".

Cómo solicitar la cobertura para la atención médica que desea

- Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto.
- Para obtener detalles sobre cómo contactarnos, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros al solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica*.

Generalmente usamos los plazos estándar para darle nuestra decisión

Cuando tomemos nuestra decisión, utilizaremos los plazos "estándares" a menos que hayamos acordado utilizar los plazos "agilizados". **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas a partir de la fecha que en recibamos su solicitud.

- **Sin embargo, para una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos demorarnos hasta 14 días calendario extras** si solicita más tiempo o si necesitamos información (como expedientes médicos de proveedores fuera de la red) que puedan beneficiarlo. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja agilizada" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas agilizadas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, puede solicitarnos que tomemos una "decisión de cobertura agilizada"

- **Una decisión de cobertura agilizada significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de la Parte B de Medicare, le responderemos dentro de las 24 horas.**
 - **Sin embargo, para una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos demorarnos hasta 14 días calendario extras** si descubrimos que falta información que podría beneficiarlo (como expedientes médicos de proveedores fuera de la red), o si necesita tiempo para enviarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja agilizada" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas agilizadas, consulte la Sección 11 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura agilizada, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura agilizada *solamente* si solicita cobertura de atención médica que *aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión de cobertura agilizada si su solicitud está relacionada con el pago de la atención médica que ya haya recibido).
 - Puede obtener una decisión de cobertura agilizada *solamente* si el hecho de usar los plazos estándar podría *causar daños graves a su salud o dañar la capacidad de sus funciones corporales*.
- **Si su médico nos informa que su salud requiere una "decisión de cobertura agilizada", acordaremos automáticamente darle una decisión de cobertura agilizada.**
- Si pide una decisión de cobertura agilizada por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura agilizada.

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

- Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para solicitar una decisión de cobertura agilizada, le enviaremos una carta que lo diga (y utilizaremos los plazos estándar en su lugar).
- Esta carta le informará que si su médico solicita la decisión de cobertura agilizada, automáticamente le daremos una decisión de cobertura agilizada.
- La carta también le informará cómo puede presentar una “queja agilizada” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura agilizada que haya solicitado. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas agilizadas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le brindamos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura "agilizada"

- En general, para una decisión de cobertura agilizada sobre una solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de la Parte B de Medicare, le responderemos dentro de **las 24 horas**.
 - Como se explicó anteriormente, podemos tomar hasta 14 días calendario extras bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomar los días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja agilizada" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas agilizadas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o si hay un período prolongado, al final de ese período), o 24 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, tiene derecho a apelar. La Sección 6.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura de atención médica que hemos acordado brindar en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que recibamos su solicitud. Si extendimos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura en su solicitud de artículo o servicio médico, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura al final de ese período extendido.
- **Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud**, le enviaremos una explicación detallada por escrito de por qué dijimos que no.

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

Plazos para una decisión de cobertura "estándar"

- Generalmente, para una decisión de cobertura estándar sobre una solicitud de artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario a partir de la fecha que en recibamos su solicitud**. Si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** de recibir su solicitud.
 - Para una solicitud de artículo o servicio médico, podemos tomar hasta 14 días calendario extras ("un período de tiempo extendido") bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomar los días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja agilizada" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas agilizadas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 14 días calendario (o si hay un período de tiempo extendido, al final de ese período), o 72 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, tiene derecho a apelar. La Sección 6.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura que hemos acordado brindar en un plazo de 14 días calendario, o 72 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B después de que recibimos su solicitud. Si extendimos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura en una solicitud de artículo o servicio médico, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura al final de ese período extendido.
- **Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué lo hicimos.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted debe decidir si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos, y tal vez cambiemos, esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa intentar nuevamente obtener la cobertura de atención médica que desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 6.3 a continuación).

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

**Sección 6.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1
(Cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)**

Términos legales

Una apelación presentada ante el plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina "**reconsideración**" del plan.

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una "**apelación rápida**".

Qué debe hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros al presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito presentando una solicitud.** También puede solicitar una apelación llamándonos al número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros al presentar una apelación sobre su atención médica*)
 - Si otra persona que no sea su médico apela nuestra decisión en su nombre, su apelación debe incluir el formulario de designación de un representante que autorice que tal persona puede representarlo. (Para obtener el formulario, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario "designación de un representante". También está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>). Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días calendario a partir de la fecha en que recibamos su apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito que le explicará su derecho a solicitar que una Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

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

- **Si solicita una apelación agilizada, presente su apelación por escrito o llámenos** al número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*).
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha en la que le enviamos el aviso escrito para informarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para no cumplirlo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de buenos motivos para no cumplir con el plazo se pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitarnos una copia de la información sobre su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
 - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación. Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación agilizada” (puede hacer una solicitud llamándonos)

Términos legales
Una "apelación agilizada" también se denomina " reconsideración agilizada ".

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no ha recibido, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una "apelación agilizada".
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación agilizada” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura agilizada”. Para solicitar una apelación agilizada, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura agilizada. (Estas instrucciones se ofrecen anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos informa que su salud requiere una "apelación agilizada", se la proporcionaremos.

Paso 2: Consideramos su apelación y le brindamos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.

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

- Recopilaremos más información si la necesitamos. Podemos comunicarnos con usted o su médico para obtener más información.

Plazos para una apelación "agilizada"

- Cuando usamos los plazos agilizados, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que recibamos su apelación**. Le daremos una respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, nosotros **podemos tomar hasta 14 días calendario extras** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final del período prolongado si tomamos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización y le explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud** debemos autorizar o brindar la cobertura que hemos acordado brindar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud** enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos para una apelación "estándar"

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta a una solicitud para un artículo o servicio médico **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación si su apelación se trata sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de la Parte B de Medicare, le responderemos en un plazo de 7 días calendario después de recibir su apelación si su apelación se trata sobre la cobertura de un medicamento recetado de la Parte B que aún no ha recibido. Le informaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja agilizada" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas agilizadas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite aplicable anterior (o al final del período de tiempo extendido si tomamos días adicionales en su solicitud para un artículo o servicio médico), debemos enviar su solicitud al Nivel 2 de el proceso de apelaciones, donde será revisado por una organización independiente externa. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud** debemos autorizar o brindar la cobertura que hemos acordado brindar dentro de los 30 días calendario, o **dentro de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de la Parte B, después de que recibamos su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud**, le enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan rechaza en forma parcial o total su apelación, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando rechazamos su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de revisión independiente"**. Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasará al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2

Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión para su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales

El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es "**Entidad de revisión independiente**". A veces, se la denomina "**IRE**".

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

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para manejar el trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. A esta información se le denomina el "expediente de su caso". **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente.** Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- Tiene derecho a proporcionar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si usted presentó una apelación "agilizada" en el Nivel 1, también tendrá una apelación "agilizada" en el Nivel 2

- Si usted presentó una apelación rápida ante nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que reciba su apelación.
- Sin embargo, 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 extras.** La Organización de Revisión Independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de la Parte B de Medicare.

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

- Si usted presentó una apelación estándar ante nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2. Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 30 días calendario** a partir de la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle y responder a su apelación de Nivel 2 **dentro de 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.
- Sin embargo, 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 extras.** La Organización de Revisión Independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su

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

solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le brinda su respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos de esa decisión.

- **Si la organización de revisión acepta de forma parcial o total su solicitud para un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de recibir la decisión de parte de la organización de revisión para solicitudes estándar o en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión para solicitudes agilizadas.
- **Si la organización de revisión dice que sí a una solicitud parcial o total de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare,** debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B en disputa dentro de **72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándar** o en un plazo de **24 horas** desde la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión para **solicitudes agilizadas**.
- **Si esta organización rechaza en forma parcial o total su apelación,** significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (A esto se le denomina "ratificar la decisión". También se llama "rechazar su apelación").
 - Si la Organización de Revisión Independiente "mantiene la decisión", usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita debe alcanzar una cantidad mínima determinada. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará sobre cómo calcular el monto en dólares para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted puede optar por continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta llegar a un total de cinco niveles de apelación).
- Si se deniega su apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.

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

- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez especializado en derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 10 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos solicita que le reembolsemos una factura que recibió por atención médica?

Si desea solicitarnos el pago de la atención médica, primero lea el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos una factura que ha recibido por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las cuales usted puede solicitar un reembolso o pagar una factura que ha recibido de un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación para solicitar el pago.

Solicitar un reembolso es solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación donde solicita un reembolso, nos está solicitando que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la Sección 5.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica por la que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)*). También verificaremos si usted cumplió con todas las reglas para usar su cobertura de atención médica (estas reglas se detallan en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud.

- Si la atención médica que usted pagó está cubierta y usted cumplió con todas las reglas, le enviaremos el pago de su atención médica en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha de recibir su solicitud. O, si no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que responder *afirmativamente* a su solicitud por una decisión de cobertura.
- Si la atención médica *no* está cubierta, o si usted *no* cumplió con todas las reglas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta que le explicará que no pagaremos los servicios y las razones en detalle. (Rechazar su solicitud de pago es lo mismo que responder *negativamente* a su solicitud por una decisión de cobertura).

¿Qué sucede si solicita un pago y nos negamos a realizarlo?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **podrá 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 de apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Consulte esta sección para obtener instrucciones paso a paso. Al seguir estas instrucciones, por favor, tenga en cuenta que:

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

- Si presenta una apelación de reembolso, nosotros debemos informarle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación. (Si nos solicita un reembolso por la atención médica que ya recibió y pagó usted mismo, no podrá solicitar una apelación agilizada).
- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que ha solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (*Guía para conocer los "aspectos básicos" sobre las decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no lo ha hecho, puede leerla antes de comenzar esta sección.

Sección 7.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento de la Parte D
--------------------	--

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* de nuestro plan. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Una "indicación médicamente aceptada" es el uso del medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección trata solo sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para facilitar su consulta, generalmente utilizamos el término "medicamento" en el resto de esta sección, en lugar de repetir "medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios" o "medicamento de la Parte D" cada vez.
- Para obtener detalles sobre a qué nos referimos por medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)*, las reglas y restricciones sobre la cobertura e información de costos, consulte el Capítulo 5 (*Uso de la cobertura de nuestro plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

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

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Como se analizó en la Sección 5 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina " determinación de cobertura ".

A continuación se presentan ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos solicita que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos solicita que hagamos una excepción, incluidos los siguientes casos:
 - Solicita que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
 - Solicita que anulemos una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (por ejemplo, límites en la cantidad del medicamento que puede obtener).
- Nos consulta si un medicamento está cubierto para usted y si cumple con los requisitos de cobertura. (Por ejemplo, cuando su medicamento está incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan pero requerimos que obtenga nuestra aprobación antes de cubrir el medicamento).
 - *Por favor, tenga en cuenta que:* Si en su farmacia le indican que su receta no puede surtirse tal como está escrita, usted recibirá un aviso por escrito que explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos solicita que paguemos un medicamento que requiere receta médica que ya compró. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura por pagos.

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

Esta sección le informa cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Use el cuadro a continuación para ayudarlo a determinar qué parte de esta sección tiene información útil para su situación:

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

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si está en esta situación:	Puede realizar lo siguiente:
¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que anulemos una regla o restricción de un medicamento que cubrimos?	Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la Sección 7.2 de este capítulo.
¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos que a su criterio cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener la aprobación previa) del medicamento que necesita?	Puede solicitarnos una decisión de cobertura. Consulte la Sección 7.4 de este capítulo.
¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y pagó?	Puede solicitarnos que le hagamos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Consulte la Sección 7.4 de este capítulo.
¿Ya le hemos comunicado que no cubriremos o pagaremos un medicamento de la manera que usted desea que esté cubierto o pagado?	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos solicita que reconsideremos nuestra decisión). Consulte la Sección 7.5 de este capítulo.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la forma que usted desea, puede solicitarnos que hagamos una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. De manera similar a lo que ocurre con otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro profesional expide receta deberá explicar los motivos médicos por los que necesita que se apruebe la excepción. En ese caso, consideraremos su solicitud. A continuación se presentan dos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que expide la receta pueden solicitarnos que hagamos:

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

1. Cobertura de un medicamento de la Parte D para usted que no está en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)*. (Se denomina "Lista de medicamentos" en su forma abreviada).

Términos legales

En ocasiones, solicitar la cobertura de un medicamento que no aparece en la Lista de Medicamentos, se denomina solicitar una **"excepción al formulario"**.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto del costo compartido que se aplica a los medicamentos de marca o genéricos. No puede solicitar una excepción al monto de copago o coseguro que le requerimos que pague por el medicamento.

2. Cómo eliminar una restricción en nuestra cobertura para un medicamento cubierto.

Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* (para obtener más información, consulte el Capítulo 5 y busque la Sección 4).

Términos legales

En ocasiones, solicitar que se elimine una restricción en la cobertura de un medicamento, se denomina solicitar una **"excepción al formulario"**.

- Las reglas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
 - *Estar obligado a usar la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - *Obtener la aprobación previa del plan* antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto a veces se denomina "autorización previa").
 - *Estar obligado a probar otro medicamento primero* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que está solicitando. (Esto a veces se denomina "terapia escalonada").
 - *Límites de cantidad*. Para ciertos medicamentos, existen restricciones sobre la cantidad de medicamento que puede obtener.

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

Sección 7.3 Datos importantes que debe saber para solicitar excepciones

Su médico debe comunicarnos los motivos médicos.

Su médico u otra persona que expida la receta médica deben entregarnos una declaración que explique los motivos médicos para solicitar una excepción. Para una decisión más agilizada, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que expide la receta cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se llaman medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación, por lo general, tiene validez hasta el final del año del plan. Esto es cierto siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento continúe siendo seguro y efectivo para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede solicitar que revisemos nuestra decisión mediante una apelación. La Sección 7.5 explica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 7.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Paso 1: Nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos que tomemos una "**decisión de cobertura agilizada**". **No se puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura agilizada si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya compró.**

Qué debe hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** En primer lugar, llámenos, enviarnos una carta o envíenos un fax para hacer su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otra persona que expida la receta médica) pueden hacerlo. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*. O bien, si nos solicita

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

que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte la sección llamada *Dónde enviarnos una solicitud pidiéndonos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que recibió.*

- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. La Sección 5 de este capítulo le indica cómo puede otorgar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede optar por un abogado para que sea su representante.
- **Si desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento**, primero lea el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.* El Capítulo 7 describe las situaciones en las que es posible que deba solicitar un reembolso. También le indica cómo enviarnos la documentación para solicitar un reembolso de nuestra parte del costo de un medicamento que ha pagado.
- **Si solicita una excepción, brinde la "declaración de respaldo"**. Su médico u otra persona que expida la receta médica deben proporcionarnos los motivos médicos para la excepción del medicamento que solicita. (A esto lo denominamos "Declaración de respaldo".) Su médico u otra persona que expida la receta médica puede enviarnos la declaración por fax o correo. O bien, su médico u otra persona que expida la receta médica pueden informarnos por teléfono y, luego, enviarnos por fax o correo una declaración por escrito si es necesario. Consulte las Secciones 7.2 y 7.3 para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web.

Si su salud lo requiere, puede solicitarnos que tomemos una "decisión de cobertura agilizada"

Términos legales
Una "decisión de cobertura agilizada" se denomina " determinación de cobertura agilizada ".

- Cuando tomemos nuestra decisión, utilizaremos los plazos "estándares" a menos que hayamos acordado utilizar los plazos "agilizados". Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico. Una decisión de cobertura agilizada significa que responderemos en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura agilizada, debe cumplir con dos requisitos:**

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

- Puede obtener una decisión de cobertura agilizada *solamente* si solicita un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura agilizada si nos está solicitando que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- Puede obtener una decisión de cobertura agilizada *solamente* si el hecho de usar los plazos estándar podría *causar daños graves a su salud o dañar la capacidad de sus funciones corporales*.
- **Si su médico u otro profesional que expide la receta nos indica que su salud requiere una "decisión de cobertura agilizada", aceptaremos automáticamente tomar una decisión de cobertura agilizada.**
- Si usted solicita por su cuenta una decisión de cobertura agilizada (sin el respaldo de su médico u otro profesional que expide la receta), nosotros decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura agilizada.
 - Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para solicitar una decisión de cobertura agilizada, le enviaremos una carta que lo diga (y utilizaremos los plazos estándar en su lugar).
 - Esta carta le informará que, si su médico u otro profesional que expide la receta solicita una decisión de cobertura agilizada, automáticamente tomaremos una decisión de cobertura agilizada.
 - La carta también le informará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de tomar una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura agilizada que haya solicitado. Le indica cómo presentar una queja "agilizada", lo que significa que recibirá nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: Consideraremos su solicitud y le daremos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura "agilizada"

- Si usamos los plazos agilizados, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas**.
 - Generalmente, esto significa en un plazo de 24 horas tras haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas de haber recibido la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelaciones.

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

- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud,** debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado brindar en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué lo hicimos. También le diremos cómo apelar.

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

- Si estamos utilizando los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas.**
 - Por lo general, esto significa un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización independiente la revise. Más adelante en esta sección, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud,**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos acordado brindar **en un plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué lo hicimos. También le diremos cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar" sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** a partir de la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización independiente la revise. Más adelante en esta sección, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud** también estamos obligados a realizar el pago en un plazo de 14 días calendario a partir de la fecha en que recibamos su solicitud.

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

- Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué lo hicimos. También le diremos cómo apelar.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa pedirnos que reconsideremos, y posiblemente cambiemos, la decisión que tomamos.

Sección 7.5	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)
--------------------	---

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se denomina "redeterminación" del plan.

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una "apelación rápida".

Qué debe hacer

- **Para comenzar su apelación, usted (o su representante, su médico u otro profesional que expide la receta) debe comunicarse con nosotros.**
 - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo, o a través de nuestro sitio web para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nuestro plan al presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*.
- **Si solicita una apelación estándar, presente una solicitud por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos al número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nuestro plan cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*)
- **Si solicita una apelación agilizada, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1** (*Cómo comunicarse con nuestro plan cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*).

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

- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha en la que le enviamos el aviso escrito para informarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para no cumplirlo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de buenos motivos para no cumplir con el plazo se pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.**
 - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación. Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
 - Si lo desea, usted y su médico u otra persona que receta pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación agilizada"

Términos legales
Una "apelación agilizada" también se llama "redeterminación agilizada".

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otra persona que expida la receta médica deberán decidir si necesita una "apelación agilizada".
- Los requisitos para obtener una "apelación agilizada" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida" que figuran en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su apelación y le brindamos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, nuevamente analizamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otra persona que expida la receta médica para obtener más información.

Plazos para una apelación "agilizada"

- Si usamos los plazos agilizados, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.

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

- Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud,** debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado brindar en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué lo hicimos y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación "estándar"

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta. **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la fecha en que recibamos su apelación por un medicamento que aún no ha recibido. Tomaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud requiere que lo hagamos. Si cree que su salud lo requiere, debe solicitar una apelación "agilizada".
 - Si no tomamos una decisión en un plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud,**
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos acordado brindarle tan pronto como su salud lo requiera, pero **a más tardar a los 7 días calendario** a partir de su recepción de apelación.
 - Si aprobamos una solicitud para el reembolso por un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** a partir de la recepción de su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué lo hicimos y cómo apelar nuestra decisión.
- Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta. **en un plazo de 14 días calendario** a partir de la recepción de su solicitud.
 - Si no tomamos una decisión en un plazo de 14 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelaciones.

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

- Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud, también estamos obligados a realizar el pago en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de su solicitud.
- Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué lo hicimos. También le diremos cómo apelar.

Paso 3: Si contestamos negativamente a su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si denegamos su apelación, usted debe elegir si acepta esta decisión o si continúa presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte la siguiente sección).

Sección 7.6 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2

Si denegamos su apelación, usted debe elegir si acepta esta decisión o si continúa presentando otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales

El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es "**Entidad de revisión independiente**". A veces, se la denomina "**IRE**".

Paso 1: Para presentar una apelación de Nivel 2, usted (o su representante, su médico u otra persona que expida la receta médica) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** con la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le informarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, le enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a esta organización. A esta información se le denomina el "expediente de su caso". **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente.** Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.

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

- Tiene derecho a proporcionar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para revisar nuestras decisiones sobre sus beneficios de la Parte D que tiene con nosotros.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará sus motivos.

Plazos para una apelación "agilizada" en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una "apelación rápida".
- Si la organización de revisión autoriza una "apelación agilizada", la organización de revisión debe responder a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta en forma total o parcial su solicitud,** debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada por la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión.

Plazos para la apelación "estándar" en el Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si lo que solicita es que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en un plazo de 14 días calendario a partir de la fecha en que recibamos su solicitud.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta en forma total o parcial su solicitud,**
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **brinda la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión.

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

- Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión.

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

Si esta organización rechaza su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (A esto se le denomina "ratificar la decisión". También se llama "rechazar su apelación").

Si la Organización de Revisión Independiente "ratifica la decisión", usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita debe cumplir con un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que solicita cumple con el requisito, usted deberá elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta llegar a un total de cinco niveles de apelación).
- Si se deniega su apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si usted decide presentar una tercera apelación, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibió después de su segunda apelación.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez especializado en derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 10 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Al ser hospitalizado, usted tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura para su atención hospitalaria, incluidas las limitaciones de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de beneficios (qué está cubierto)*.

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

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que sea dado de alta. También lo ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después del alta.

- El día que usted se retira del hospital se denomina "**fecha de alta**".
- Cuando se haya determinado su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si considera que le dan de alta del hospital demasiado pronto, puede solicitar una estancia hospitalaria más prolongada y su solicitud será considerada. Esta sección le explica de qué manera puede hacerlo.

Sección 8.1	Durante su estancia hospitalaria, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sobre sus derechos
--------------------	--

Durante su estancia hospitalaria cubierta, recibirá un aviso por escrito llamado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare obtienen una copia de este aviso cada vez que son ingresadas en un hospital. Algún empleado del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera) debe entregárselo en un plazo de dos días después de haber sido internado. Si no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). 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.

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

1) **Lea este aviso detenidamente y realice preguntas si no lo comprende.** Aquí se le explican sus derechos como paciente del hospital, entre ellos:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo ordene su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital y saber quién pagará por ella
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria
- Su derecho a apelar la decisión del alta si considera que le han dado de alta del hospital demasiado pronto

Términos legales

El aviso por escrito de Medicare le informa sobre cómo puede "**solicitar una revisión inmediata**". Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar una demora en su fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo. (La Sección 8.2 a continuación le indica cómo puede solicitar una revisión inmediata).

2) **Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que ha recibido y que comprende sus derechos.**

- Usted u otra persona que lo represente debe firmar el aviso. (La Sección 5 de este capítulo le indica cómo puede conceder permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
- Firmar el aviso *solamente* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no proporciona su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán su fecha de alta). Firmar el **aviso no significa** que usted está de acuerdo con una fecha de alta.

3) **Guarde su copia** del aviso firmado para que tenga a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o cómo informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma el aviso más de dos días de su salida del hospital, obtendrá otra copia antes de que se programe su alta.
- Para leer una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto) o al 1-800

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

MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede leerlo en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

Sección 8.2 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si desea solicitar que extendamos el plazo de cobertura de sus servicios como paciente hospitalizado, deberá utilizar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los primeros dos niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y seguir los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer.
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, por favor llame al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). O llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta programada es médicamente apropiada para usted.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una “revisión agilizada” de su alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

Una "revisión agilizada" también se denomina "revisión inmediata".

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria para personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto).

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

Actúe con rapidez

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de dejar el hospital y **antes de su fecha de alta programada**. (Su “fecha de alta programada” es la fecha que ha sido fijada para que usted se retire del hospital.)
 - Si cumple con este plazo, puede permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin tener que pagar* mientras espera a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tome una decisión sobre su apelación.
 - Si *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, *es posible que tenga que pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad con respecto a su apelación, puede presentar su apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4.

Solicite una "revisión agilizada":

- Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una “**revisión agilizada**” de su alta. Solicitar una “revisión agilizada” significa que solicita a la organización que use los plazos “agilizados” para una apelación en lugar de usar los plazos estándar.

Términos legales
Una "revisión agilizada" también se denomina "revisión inmediata" O "revisión agilizada".

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (se denominan "los revisores" en su forma abreviada) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que la cobertura de los servicios debería continuar. No es necesario que presente los motivos por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos facilitado.
- A más tardar al mediodía del día posterior a la fecha en la que los revisores hayan informado a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito que le informará su fecha de alta programada y le explicará en

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

detalle las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) para que le de alta en esa fecha.

Términos legales

Esta explicación escrita se denomina "**aviso detallado del alta**". Puede obtener un ejemplar de este aviso llamando al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un ejemplar de este aviso en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

Paso 3: En el plazo de un día completo después haber recibido toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión *acepta* su apelación, **nosotros debemos seguir prestándole sus servicios hospitalarios cubiertos como paciente hospitalizado durante todo el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué pasa si se rechaza su apelación?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, quiere decir que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto ocurre, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios como paciente hospitalizado finalizará al mediodía del día posterior** a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le de la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y decide permanecer en el hospital, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da su respuesta a su apelación.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Paso 4: Si se rechaza su apelación de Nivel 1, usted decide si desea presentar otra apelación.**

- Si la Organización para el mejoramiento de la calidad ha rechazado su apelación, y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces usted puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasará 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 hospitalaria

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación, y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces usted puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su estadía después de la fecha de alta programada.

A continuación, se presentan los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Se comunica nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión. **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya *rechazado* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa por segunda vez su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Si la organización de revisión acepta su apelación:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar brindándole cobertura para su atención hospitalaria como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario.**

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

- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión rechaza su apelación:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron con respecto a su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que reciba le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicatario.

Paso 4: Si se rechaza su apelación, deberá decidir si desea seguir apelando y pasar al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta llegar a un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su Apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez especializado en derecho administrativo o un abogado adjudicador.
- La Sección 10 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4	¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su Apelación de Nivel 1?
--------------------	--

En su lugar, puede apelar ante nosotros

Como se explicó anteriormente en la Sección 8.2, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y comenzar su primera apelación de su alta hospitalaria. ("Rápidamente" significa antes de salir del hospital y antes de la fecha de alta planificada). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

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

Paso a paso: cómo presentar una apelación *alternativa* de nivel 1

Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentarnos una apelación en la que solicite una “revisión agilizada”. Una revisión agilizada es una apelación que utiliza los plazos agilizados en lugar de los plazos estándares.

Términos legales
Una revisión “agilizada” (o “apelación agilizada”) también se denomina “apelación agilizada”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión agilizada".

- Para obtener detalles sobre cómo contactarnos, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada, *Cómo comunicarse con nosotros al presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una "revisión agilizada"**. Esto significa que nos solicita que le demos una respuesta utilizando los plazos "rápidos" en lugar de los plazos "estándares".

Paso 2: Realizamos una revisión “agilizada” de su fecha de alta planificada para verificar si fue correcta desde el punto de vista médico.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Verificamos si su fecha de alta programada fue correcta desde el punto de vista médico. Verificaremos si la decisión sobre cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se siguieron todas las reglas.
- En esta situación, utilizaremos los plazos "agilizados" en lugar de los plazos estándares para darle la respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas a partir de cuando solicitó una "revisión agilizada" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que estamos de acuerdo con usted en que aún necesita permanecer en el hospital después de la fecha de alta y que continuaremos brindándole sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).

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

- **Si rechazamos su apelación agilizada**, estamos diciendo que su fecha de alta programada fue correcta desde el punto de vista médico. Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finaliza a partir del día en el que le informamos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta programada, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que haya recibido después de la fecha de alta programada.

Paso 4: Si rechazamos su apelación agilizada, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando rechazamos su apelación agilizada, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente"**. Cuando hacemos esto, significa que usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de nivel 2

Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de nivel 2, una **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su "apelación agilizada". Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es "Entidad de revisión independiente" . A veces, se la denomina "IRE" .

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la Organización de Revisión Independiente.

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de presentación de quejas es diferente del proceso de apelación. La Sección 11 de este capítulo explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una "revisión agilizada" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y

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

no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para manejar el trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación sobre su alta hospitalaria.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, debemos reembolsarle (devolverle el pago) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde la fecha de su alta programada. También debemos continuar con la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, esto podría limitar el monto que le reembolsaríamos o la duración de la cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta hospitalaria programada fue correcta desde el punto de vista médico.
 - El aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará detalles sobre cómo pasar a una apelación de Nivel 3, que está a cargo de un juez especializado en derecho administrativo o un abogado adjudicatario.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted elige si desea seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta llegar a un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted decide si acepta su decisión o pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- La Sección 10 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura finaliza demasiado pronto**

Sección 9.1 ***Esta sección trata únicamente de tres servicios: Atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés).***

Esta sección se refiere a los siguientes tipos de atención *únicamente*:

- **Servicios de atención médica domiciliaria** que usted recibe
- **Cuidados de enfermería** especializada está recibiendo como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para conocer los requisitos para ser considerado un "centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*.)
- **Atención de rehabilitación** está recibiendo como paciente ambulatorio en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centros, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*.)

Cuando recibe cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida su parte del costo y cualquier limitación de cobertura que pueda aplicarse, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de beneficios (qué está cubierto)*.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, debemos informarle con anticipación. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar por su atención*.

Si considera que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

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

Sección 9.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

1) **Recibirá un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, recibirá un aviso.

- El aviso por escrito le informa la fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
- El aviso escrito también le informa qué puede hacer si desea solicitarle a nuestro plan que cambie la decisión sobre cuándo finalizar su atención y que siga cubriéndola por un período de tiempo más largo.

Términos legales

Al indicarle lo que puede hacer, el aviso por escrito le informa cómo puede solicitar una "**apelación agilizada**". Solicitar una apelación agilizada es un mecanismo formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo suspender su atención. (La Sección 9.3 a continuación le indica cómo puede solicitar una apelación agilizada).

El aviso escrito se llama "**Aviso de no cobertura de Medicare**". Para obtener una copia de muestra, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O revise una copia en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>.

2) **Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**

- Usted u otra persona que lo represente debe firmar el aviso. (La Sección 5 le indica cómo puede conceder permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
- La firma en este aviso *solamente* muestra que recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Esto no significa que está de acuerdo** con el plan en que es hora de interrumpir la atención que está recibiendo

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****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 de tiempo más largo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los primeros dos niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y seguir los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer. También hay plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo le dice cómo presentar una queja).
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, por favor llame al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). O llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación y decide si debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Presente su Apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización cuenta con un grupo de médicos y otros expertos en atención médica de salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Verifican la calidad de la atención que reciben las personas que tienen Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto).

¿Qué debe solicitar?

- Solicite a esta organización una “apelación agilizada” (para hacer una revisión independiente) sobre si es correcto desde el punto de vista médico que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

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

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar su apelación *antes del mediodía del día posterior a la recepción del aviso por escrito que le informa cuándo dejaremos de cubrir su atención.*
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación, puede presentar su apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 9.5.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (se denominan "los revisores" en su forma abreviada) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que la cobertura de los servicios debería continuar. No es necesario que presente los motivos por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan les haya proporcionado.
- Antes de que finalice el día en que los revisores nos hayan informado sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito de nuestra parte, en el que le explicaremos en detalle nuestras razones para finalizar nuestra cobertura de sus servicios.

Términos legales
Esta explicación del aviso se denomina "Explicación detallada de no cobertura".

Paso 3: En el plazo de un día completo después de que tengan toda la información necesaria, los revisores le informarán de su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindando sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

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

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le informamos**. Interrumpiremos el pago de la parte de los costos de esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- Si decide seguir recibiendo la atención de salud domiciliaria, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) *después* de la fecha en que finaliza su cobertura, entonces **tendrá que pagar el costo total** de este cuidado usted mismo.

Paso 4: Si se rechaza su apelación de Nivel 1, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que presenta pertenece al "Nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 - y elige continuar recibiendo atención después de que su cobertura para la atención haya finalizado, entonces puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasará al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 9.4	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo
--------------------	--

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y elige continuar recibiendo atención después de que su cobertura para la atención haya finalizado entonces puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) *después* la fecha en la que le informamos que su cobertura finalizaría.

A continuación, se presentan los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Se comunica nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión. **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *haya rechazado* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

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

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa por segunda vez su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días a partir de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** por nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar brindándole cobertura** para su atención durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

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

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que reciba le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicatario.

Paso 4: Si se rechaza su apelación, deberá decidir si desea seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez especializado en derecho administrativo o un abogado adjudicador.
- La Sección 10 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 9.5	¿Qué sucede no cumple con el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?
--------------------	---

En su lugar, puede apelar ante nosotros

Como se explicó anteriormente en la Sección 9.3, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y comenzar su primera apelación (en un

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

plazo de día o dos, como máximo). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si utiliza esta otra forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: cómo presentar una apelación *alternativa* de nivel 1

Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentarnos una apelación en la que solicite una “revisión agilizada”. Una revisión agilizada es una apelación que utiliza los plazos agilizados en lugar de los plazos estándares.

A continuación, se presentan los pasos para presentar una apelación alternativa de Nivel 1:

Términos legales
Una revisión “agilizada” (o “apelación agilizada”) también se denomina “ apelación agilizada ”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión agilizada".

- Para obtener detalles sobre cómo contactarnos, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros al presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una "revisión agilizada"**. Esto significa que nos solicita que le demos una respuesta utilizando los plazos "rápidos" en lugar de los plazos "estándares".

Paso 2: Realizamos una revisión "agilizada" de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, analizamos nuevamente toda la información sobre su caso. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando fijamos la fecha de finalización para la cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.
- Utilizaremos los plazos “agilizados” en lugar de los plazos estándares para darle la respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas a partir de cuando solicitó una "revisión agilizada" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación agilizada**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita servicios por más tiempo y que seguiremos brindándole los servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. (Usted

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

debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).

- **Si rechazamos su apelación agilizada**, entonces su cobertura finalizará en la fecha que le informamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si continuó recibiendo atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) *después* de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría, entonces **tendrá que pagar el costo total** de esa atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación agilizada, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando rechazamos su apelación agilizada, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente"**. Cuando hacemos esto, significa que usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de nivel 2

Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su "apelación agilizada". Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es " Entidad de revisión independiente ". A veces, se la denomina " IRE ".

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la Organización de Revisión Independiente.

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de presentación de quejas es diferente del proceso de apelación. La Sección 11 de este capítulo explica cómo presentar una queja).

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

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una "revisión agilizada" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para manejar el trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolverle el pago) nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos continuar cubriendo la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, esto podría limitar el monto que le reembolsaríamos o la duración de la cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo con la decisión que nuestro plan tomó sobre su primera apelación y no la cambiarán.
 - El aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará detalles sobre cómo pasar a una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted elige si desea seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez especializado en derecho administrativo o un abogado adjudicador.
- La Sección 10 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 10.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos
---------------------	--

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

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

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de la misma manera. A continuación se detalla quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un abogado adjudicatario quien trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez especializado en derecho administrativo o el abogado adjudicador acepta su apelación, el proceso de apelación *puede o terminar o no*.** Decidiremos si apelamos o no esta decisión para llevarla al Nivel 4. A diferencia de lo que ocurre con una decisión del Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 3 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez especializado en derecho administrativo o del abogado adjudicatario.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos que la acompañen. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en disputa.
- **Si el juez especializado en derecho administrativo o el abogado adjudicatario rechaza su apelación, el proceso de apelación *puede terminar o no*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez especializado en derecho administrativo o el abogado adjudicatario rechaza su apelación, el aviso que reciba le explicará qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 4 La junta de apelaciones de Medicare (Junta) revisará su apelación y le dará una respuesta. La junta es parte del gobierno federal.

- **Si se acepta la apelación o si la Junta rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelación *puede terminar o no*** - Decidiremos si apelamos esta decisión para llevarla al Nivel 5. A diferencia de una

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

decisión del Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted.

- Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Junta.
- Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si se rechaza la apelación o si la Junta rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación puede terminar o no.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si la Junta rechaza su apelación, el aviso que reciba le informará si las reglas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, el aviso por escrito también le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5 Un juez en el **Tribunal de distrito federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de medicamentos de la Parte D

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

Si el valor del medicamento por el que ha apelado alcanza cierto monto en dólares, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de la misma manera. A continuación se detalla quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 Un juez (llamado juez especializado en derecho administrativo) o un abogado adjudicatario que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si se acepta la apelación, el proceso de apelación ha terminado.** Lo que solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura** para medicamentos que fue aprobada por el juez administrativo o el abogado **mediador en un**

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

plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha de recibir la resolución.

- **Si se rechaza la apelación, el proceso de apelación *puede* terminar o no.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez especializado en derecho administrativo o el abogado adjudicatario rechaza su apelación, el aviso que reciba le explicará qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 4 La junta de apelaciones de Medicare (Junta) revisará su apelación y le dará una respuesta. La junta es parte del gobierno federal.

- **Si se acepta la apelación, el proceso de apelación ha terminado.** Lo que solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la Junta **en un plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones agilizadas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si se rechaza la apelación, el proceso de apelación *puede* terminar o no.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si la Junta rechaza su apelación o rechaza su solicitud de revisión, la notificación que reciba le informará si las reglas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, el aviso por escrito también le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5 Un juez en el **Tribunal de distrito federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

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



Si su problema tiene que ver con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, entonces esta sección es *no para usted*. En su lugar, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte a la Sección 5 de este capítulo.

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

Sección 11.1 ¿Qué tipo de problemas se tratan en el proceso de queja?

Esta sección explica cómo usar el proceso de presentación de quejas. El proceso de presentación de quejas se utiliza *solamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, se presentan ejemplos de los tipos de problema que se manejan mediante el proceso de presentación de queja.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede "presentar una queja"

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica recibida	<ul style="list-style-type: none"> ¿No está satisfecho con la calidad de la atención médica que recibió (incluida la atención recibida en el hospital)?
Respeto por su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> ¿Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o divulgó información sobre usted que considera que debería ser confidencial?
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? ¿No está satisfecho con la forma en que nuestro Servicio al cliente lo ha tratado? ¿Considera que se le está alentando a abandonar el plan?
Plazos de espera	<ul style="list-style-type: none"> ¿Tiene problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado para conseguirla? ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo hicieron esperar demasiado tiempo? ¿O le ha sucedido esto con nuestro Servicio al Cliente u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> Los ejemplos incluyen esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera, al obtener una receta o en la sala de examen.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que le enviamos	<ul style="list-style-type: none"> ¿Considera que no le hemos enviado un aviso que debíamos enviarle? ¿Considera que la información que le dimos por escrito es difícil de entender?

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

Queja	Ejemplo
<p>Puntualidad (Este tipo de quejas están relacionadas con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura y apelaciones)</p>	<p>El proceso de solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las secciones 4-10 de este capítulo. Si solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación, utilice ese proceso, no el proceso de presentación de quejas.</p> <p>Sin embargo, si ya nos ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y considera que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si nos ha pedido que le demos una "decisión de cobertura agilizada" o una "apelación agilizada", y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar una queja. • Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos para darle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y se nos dice que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar un reclamo. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, estamos obligados a enviar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo obligatorio, puede presentar un reclamo.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 11.2 El nombre completo para "presentar una queja" es "presentar un reclamo"****Términos legales**

- Lo que esta sección denomina "**queja**" también se llama "**reclamo**".
- Otro término para "**presentar una queja**" es "**presentar un reclamo**".
- Otra forma de decir "**usar el proceso para quejas**" es "**usar el proceso para presentar un reclamo**".

Sección 11.3 Paso a paso: cómo presentar una queja**Paso 1: Comuníquese con nosotros rápidamente, ya sea por teléfono o por escrito.**

- **Por lo general, llamar al Servicio al cliente es el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, el Servicio al cliente se lo informará. Comuníquese con el Servicio al cliente al 1-866-229-4969, (los usuarios de TTY deben llamar al 711) del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m. todos los días; del 1 de abril al 30 de septiembre, 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede enviarnos su queja por escrito.** Si nos presenta su queja por escrito, le responderemos de la misma manera.
- FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) tiene 30 días calendario a partir de la fecha en que se recibió la queja para emitir una respuesta. Para una reclamo acelerado, FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) responderá en un plazo de 24 horas a partir de la fecha de recibir la queja.
- **Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse con Servicio al Cliente de inmediato.** La queja debe presentarse dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que tuvo el problema del que desea quejarse.

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

- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una "decisión de cobertura agilizada" o una "apelación agilizada", le daremos automáticamente una queja "agilizada".** Si tiene una queja "agilizada", significa que le daremos una **respuesta en un plazo de 24 horas.**

Términos legales

Lo que esta sección denomina "**queja agilizada**" también se llama "**queja formal acelerada**".

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos que le demos una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en su beneficio o si solicita más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no nos hacemos responsables por el problema por el que se queja, se lo haremos saber. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con la queja o no.

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención que recibió mediante el proceso paso a paso descrito anteriormente.

Cuando su queja es sobre *calidad de atención*, también tiene otras dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (*sin* presentar la queja ante nosotros).
 - La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para supervisar y mejorar la atención que se le brinda a los pacientes de Medicare.
 - Para encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4

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

de este folleto. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.

- **O puede presentar su queja ante ambos al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención y también ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Sección 11.5 También puede presentar su queja ante Medicare

Puede presentar una queja sobre FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Medicare toma en serio sus quejas y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si cree que el plan no le brinda respuesta a su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

PROBLEMAS POR CAUSA DE SUS BENEFICIOS DE MEDICAID**SECCIÓN 12 Cómo manejar problemas que tenga por causa de los beneficios de Medicaid**

Comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas para analizar cualquier problema relacionado con sus beneficios de Medicaid. La información de contacto del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas se encuentra en el Capítulo 2 (Números telefónicos y recursos importantes).

CAPÍTULO 10

*Cancelación de su membresía al
plan*

Capítulo 10. Cancelación de su membresía al plan

SECCIÓN 1	Introducción.....	235
Sección 1.1	Este capítulo se enfoca en la cancelación de su membresía a nuestro plan	235
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía a nuestro plan?	235
Sección 2.1	Es posible que pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid	235
Sección 2.2	Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual	236
Sección 2.3	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage.....	237
Sección 2.4	En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial.....	238
Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?.....	239
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	240
Sección 3.1	Por lo general, usted cancela su membresía al inscribirse en otro plan	240
SECCIÓN 4	Hasta que cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	241
Sección 4.1	Usted sigue siendo miembro de nuestro plan hasta que termine su membresía	241
SECCIÓN 5	FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones.....	242
Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?	242
Sección 5.2	Nosotros <u>no podemos</u> pedirle que abandone nuestro plan debido a un tema relacionado con su salud.....	243
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan	243

Capítulo 10. Cancelación de su membresía al plan

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Este capítulo se enfoca en la cancelación de su membresía a nuestro plan
--------------------	---

La cancelación de su membresía en FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) puede ser **voluntaria** (su propia elección) o **involuntaria** (ajena a su propia elección):

- Es posible que usted deje nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo.
 - Solo hay ciertos momentos del año, o ciertas situaciones, en las que puede cancelar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 describe cuándo puede cancelar su membresía en el plan. La Sección 2 le informa sobre los tipos de planes en los que puede inscribirse y cuándo comenzará su inscripción en su nueva cobertura.
 - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que elija. La sección 3 le explica *cómo* cancelar su membresía en cada situación.
- También existen situaciones limitadas en las que no elige dejar el plan, si no que se nos requiere que cancelemos su membresía. La Sección 5 le explica las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que termine su membresía.

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

Puede cancelar su membresía a nuestro plan solo durante ciertos períodos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el período de inscripción anual y durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para abandonar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1	Es posible que pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid
--------------------	--

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía solo durante ciertas épocas del año. Debido a que tiene Medicaid, es posible que pueda finalizar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de inscripción especiales:

- enero a marzo

Capítulo 10. Cancelación de su membresía al plan

- abril a junio
- julio a septiembre

Si se unió a nuestro plan durante uno de estos períodos, tendrá que esperar al siguiente período para finalizar su membresía o cambiarse a un plan diferente. No puede usar este Período de inscripción especial para finalizar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden realizar cambios a partir del 15 de octubre al 7 de diciembre durante el Período de inscripción anual. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el Período de inscripción anual.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse?** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra).
 - Medicare original *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare
 - Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura para medicamentos con receta “acreditable” durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare).

Comuníquese con la oficina estatal de Medicaid para conocer las opciones de su plan de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en el Capítulo 2, Sección 6 de este folleto).

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar sus planes. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2	Puede finalizar 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"). Este es el momento en que debe revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el período de inscripción anual?** El período es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el próximo año. Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra).
 - Medicare original *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare
 - *o* - Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por la inscripción automática.

Nota: si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1 de enero.

Sección 2.3	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage
--------------------	--

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Este periodo se extiende todos los años desde el 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Durante este tiempo, puede:
 - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra).
 - Cancelar su membresía a nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este período, usted tendrá hasta el 31 de marzo para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado para agregar la cobertura de medicamentos.
- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía se cancelará el primer día del mes posterior a su inscripción en un plan diferente de Medicare Advantage o a la obtención de

Capítulo 10. Cancelación de su membresía al plan

su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si usted, además, elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía a dicho plan comenzará el primer día del mes luego de que su plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, puede ser elegible para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién es elegible para un Período de inscripción especial?** Si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a su caso, usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un período de inscripción especial. A continuación presentamos solo algunos ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>):
 - Por lo general, cuando se muda
 - Si tiene Medicaid
 - Si es elegible para recibir “Ayuda adicional” para pagar sus recetas médicas de Medicare
 - Si violamos nuestro contrato con usted
 - Si está recibiendo atención en una institución, como un centro para personas mayores o un hospital de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés)
 - Si se inscribe en el Programa de atención integral para personas de la tercera edad (PACE, por sus siglas en inglés)
 - **Nota:** Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiarse de plan. El Capítulo 5, Sección 10, le brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.
 - **Nota:** La Sección 2.1 le brinda más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid.
- **¿Cuándo son los períodos de inscripción especiales?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame 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. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos que requieren receta médica. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra).
 - Medicare original *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare
 - - *o* - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía al plan

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción a la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía generalmente terminará el primer día del mes posterior después de que recibamos su solicitud de cambio de plan.

Nota: Las secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid y que reciben Ayuda Adicional.

Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?
--------------------	---

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- **Llame al Servicio al cliente** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).
- Puede encontrar la información en el folleto *Medicare y usted de 2020*.
 - Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y usted* cada otoño. Aquellas personas que son nuevas en Medicare lo reciben dentro de un mes después de haberse inscrito.
 - También puede descargar una copia desde el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). O puede solicitar una copia impresa llamando a Medicare al número que figura a continuación.
- Puede contactarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1	Por lo general, usted cancela su membresía al inscribirse en otro plan
--------------------	---

Por lo general, para cancelar su membresía en nuestro plan, simplemente tiene que inscribirse en otro plan de Medicare. Sin embargo, si desea cambiarse desde nuestro plan a Medicare Original pero no ha seleccionado un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, debe solicitar que se cancele su inscripción en nuestro plan. Hay dos formas de solicitar que se cancele su inscripción:

- Puede hacernos una solicitud por escrito. Comuníquese con el Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).
- --o-- Puede contactar 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.

El cuadro a continuación explica cómo debe cancelar su membresía a nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">• Otro plan de salud de Medicare	<ul style="list-style-type: none">• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Su inscripción en FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">• Medicare original <i>con</i> un plan separado de medicamentos recetados de Medicare	<ul style="list-style-type: none">• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Su inscripción en FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía al plan

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original <i>sin</i> un plan separado de medicamentos recetados de Medicare <ul style="list-style-type: none"> ○ Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática. ○ Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, 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 su inscripción. Comuníquese con el Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). • También puede contactar a Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana, y solicitar que se cancele su membresía. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) se cancelará cuando comience su cobertura en Medicare Original.

Para preguntas sobre su beneficios de Medicaid de Texas, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas al 1-877-541-7905 o TTY: 711. Pregunte cómo el hecho de unirse a otro plan o regresar a Medicare Original afectará la forma en que obtiene su cobertura de Medicaid de Texas.

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

Sección 4.1	Usted sigue siendo miembro de nuestro plan hasta que termine su membresía
--------------------	--

Si deja FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP), es posible que pase un tiempo antes de su membresía se cancele y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, debe continuar recibiendo atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe continuar utilizando nuestras farmacias de la red para surtir sus recetas médicas hasta que termine su membresía en nuestro plan.** Por lo general, sus medicamentos que requieren receta médica solo están cubiertos si se surten en una farmacia de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de compra por correo.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía al plan

- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, su hospitalización por lo general, estará cubierta por nuestro plan hasta que le den de alta.** (incluso si es dado de alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) **debe finalizar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:**

- Si ya no tiene la Parte A y Parte B de Medicare
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indicó en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y Medicaid. Si ya no cumple con los requisitos de elegibilidad para FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) como calificar para Medicaid o el servicio del Programa de Ahorros de Medicare, se cancelará su inscripción. Tiene seis meses a partir de la fecha de notificación de la posible pérdida de elegibilidad, para mostrar un comprobante de elegibilidad para permanecer inscrito en FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP). Si no demuestra la elegibilidad continua, como la tarjeta de Medicaid o la Carta de adjudicación, se cancelará por Pérdida del estado de necesidades especiales.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio
- Si está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, debe llamar a Servicio al Cliente para averiguar si el lugar al que se muda o viaja se encuentra en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este folleto).
- Si es encarcelado (va a prisión)
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tiene que proporciona cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si se comporta continuamente de forma perturbadora y nos dificulta brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).

Capítulo 10. Cancelación de su membresía al plan

- Si deja que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el Inspector General.
- Si se le exige que pague el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan

¿Dónde se puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- Puede llamar **Servicio al cliente** para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

Sección 5.2	Nosotros <u>no podemos</u> pedirle que abandone nuestro plan debido a un tema relacionado con su salud
--------------------	---

FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por alguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si considera que se le está solicitando que abandone nuestro plan por un tema relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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 nuestros motivos por escrito para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o una queja formal sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar la Sección 11 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre las leyes vigentes	246
SECCIÓN 2	Aviso de no discriminación.....	246
SECCIÓN 3	Aviso de los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	246

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes

Muchas leyes se aplican a esta *Evidencia de cobertura* y también pueden aplicarse algunas disposiciones adicionales porque así lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y las reglamentaciones creadas en virtud de la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** según la raza, el origen étnico, el origen nacional, el color de piel, la religión, el sexo, el género, la edad, la discapacidad mental o física, el estado de salud, la experiencia sinistral, el historial médico, la información genética, la evidencia de asegurabilidad o la ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos **Oficina de Derechos Civiles** al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o en su Oficina local de derechos civiles.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, el Servicio al cliente puede ayudarlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las reglamentaciones de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR, por sus siglas en inglés), FirstCare Health Plans, como una Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que la Secretaría ejerce bajo las regulaciones de los CMS en las subsecciones B hasta la D del Título 42, sección 411 del CFR y las normas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Apelación: Una apelación es un procedimiento que se realiza si no está de acuerdo con una decisión nuestra de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento, artículo o servicio que cree que debería poder recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso para presentar una apelación.

Área de servicio: Es un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si la membresía es limitada según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y los hospitales que usted puede utilizar, estas áreas, en general, coinciden con las áreas en las que usted obtiene los servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Atención en un centro de enfermería especializada (por sus siglas en inglés, SNF): La atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser proporcionadas por médicos o enfermeros registrados.

Atención de emergencia: Los servicios cubiertos que son: (1) prestados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Atención supervisada: Las atención personal que se brinda en un centro para personas mayores, un centro de cuidado de enfermos terminales u otros centros, cuando no es necesaria la atención médica ni la atención de enfermería especializada. La atención supervisada es el cuidado personal que puede ser provisto por personas que nos tengan destrezas o capacitación profesional, tales como asistencia con actividades de la vida cotidiana como bañarse, vestirse, comer, recostarse y levantarse de una cama o sillón, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como utilizar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Autorización previa: Es la aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos que pueden estar o no en nuestro formulario. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen "autorización previa" de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra "autorización previa". Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

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

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Ayuda para el cuidado de la salud en el hogar: Un asistente de ayuda para el cuidado de la salud en el hogar proporciona servicios que no necesitan las habilidades de una enfermera o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos). Los asistentes para el cuidado de la salud en el hogar no tienen certificación de enfermería ni brindan terapias.

Cancelar o cancelación de la membresía: El proceso de cancelar su membresía de nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su propia elección) o involuntaria (ajena a su propia elección).

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés): Un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y brinda una variedad de servicios que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: Un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con la finalidad de proporcionar servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios que no requieren hospitalización y cuya estadía en el centro no exceda las 24 horas.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés): La agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

Cobertura acreditable de medicamentos que requieren receta médica: La cobertura de medicamentos que requieren receta médica (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que paga, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura de medicamentos que requieren receta médica estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura al momento de calificar para Medicare pueden, generalmente, mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en una fecha posterior.

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D): Es un seguro para ayudar a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no están cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare.

Copago: Es el monto que se le puede exigir que pague como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo, en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar \$10 o \$20 por una visita al médico o un medicamento recetado.

Coseguro: un monto que usted debe pagar como su parte del costo de los servicios o medicamentos que requieren receta médica. El coseguro suele ser un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Costo compartido: El costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. Los costos compartidos incluyen alguna combinación de los siguientes tres tipos de pago: (1) cualquier monto deducible que imponga un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que el plan exige cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que el plan exige cuando se recibe un servicio o medicamento específico. Se puede aplicar una "tasa de costo compartido diario" cuando el médico le receta una cantidad menor que el suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago.

Costos de desembolso personal: Consulte la definición de "costo compartido" más arriba. El requisito de costos compartidos de un miembro según el cual se debe pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina como requisito de costo "de desembolso personal" del miembro.

Cuidados paliativos: Un miembro al que le quedan 6 meses o menos de vida tiene derecho a elegir cuidados paliativos. Nosotros, 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 las primas, usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Aún puede recibir todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios suplementarios que ofrecemos. El centro de cuidados paliativos brindará un tratamiento especial para su estado.

Deducible: Es el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos recetados antes de que nuestro Plan comience a pagar su parte.

Determinación de cobertura: Una decisión sobre si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que usted debe pagar por la receta médica. En general, el hecho de llevar su receta médica a una farmacia y que ésta le informe que dicha receta médica no está cubierta por su Plan no constituye una determinación de cobertura. Debe llamar o enviar una carta a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan "decisiones de cobertura" en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Determinación de la organización: El Plan Medicare Advantage establece una determinación de la organización cuando toma una decisión acerca de cuáles artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Emergencia: Una emergencia médica se produce cuando usted u otra persona prudente, no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento o la pérdida de una extremidad o de una función de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés): Ciertos equipos médicos ordenados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Estancia como paciente hospitalizado: Una estadía hospitalaria cuando ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado como un "paciente ambulatorio".

Etapa de cobertura catastrófica: La etapa en el Beneficio de medicamentos de la Parte D donde no paga copagos ni coseguros por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre hayan gastado \$6,350 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Etapa de cobertura inicial: Esta es la etapa antes de que sus "costos totales de medicamentos, incluidos los montos que haya pagado y lo que su plan haya pagado en su nombre" para el año alcancen \$ 4,020.

Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) y divulgación de información: Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otros anexos, cláusula adicionales u otra cobertura opcional elegida, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: Es un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario) u obtener un medicamento no preferido al nivel de costo compartido preferido más bajo (una excepción de niveles). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Farmacia de la red: una farmacia de la red es una farmacia donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. Las denominamos "farmacias de la red" porque tienen contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red: Es una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explicó en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que usted obtiene de las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Indicación medicamento aceptada: El uso de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de consulta. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación medicamento aceptada.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Límite de cobertura inicial: El límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: Es una herramienta de administración que está diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos relacionados con la calidad, la seguridad o la utilización. Los límites pueden aplicarse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta médica o por un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o "Lista de medicamentos"): Es una lista de los medicamentos recetados cubiertos por el plan. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye medicamentos de marca y genéricos.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de estado a estado, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si califica para Medicare y Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Medicamento necesario: Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad y que cumplen con las normas de práctica médica aceptadas.

Medicamento de marca: Un medicamento que requiere de receta médica que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, en general, no están disponibles hasta después de que la patente del medicamento de marca haya expirado.

Medicamento genérico: Es un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) con la certificación de que posee los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. En general, un medicamento "genérico" tiene la misma eficacia que un medicamento de marca y generalmente cuesta menos.

Medicamentos cubiertos: El término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Son medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte su formulario para obtener una lista específica de los medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron específicamente excluidos por el Congreso de estar cubiertos como medicamentos de la Parte D.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Medicare: El programa federal de seguros médicos para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (por lo general, aquellas personas que tienen insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

Medicare Original ("Medicare tradicional" o "Pago por servicio" de Medicare): Medicare Original ofrecido por el gobierno, y no por un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Conforme a Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarle a los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención de salud los montos de pago establecidos por el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico) y está disponible en cualquier parte de los Estados Unidos.

Miembro (miembro de nuestro plan o "Miembro del plan"): Es una persona con Medicare que califica para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).

Monto de ajuste mensual por sus ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés): Si su ingreso bruto ajustado modificado, como se informa en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual por sus ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agregará a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo de desembolso: Es el mayor monto de desembolso que paga durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por sus primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y los medicamentos que requieren receta médica no cuentan para el monto máximo de desembolso. (Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este desembolso máximo). Consulte el Capítulo 4, Sección 1.1 para obtener información sobre su monto máximo de desembolso.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: Es un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare si permanece sin una cobertura acreditable (cobertura que se espera pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un periodo de 63 días consecutivos o más. Puede pagar este monto superior siempre y cuando tenga un Plan de medicamentos recetados de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos recetados, usted no pagará una multa por inscripción tardía.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Si en algún momento pierde su subsidio de bajos ingresos (“Ayuda adicional”), usted estará sujeto a la multa mensual por inscripción tardía de la Parte D si en algún momento no tuvo cobertura acreditable para medicamentos que requieren receta médica durante 63 días o más.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (por sus siglas en inglés, QIO): Es un grupo de médicos y otros expertos en la atención médica a los que el gobierno federal les paga para supervisar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Parte C: Consulte "Plan Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés)".

Parte D: El programa de beneficios voluntarios de medicamentos recetados de Medicare. (Para facilitar su consulta, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como la “Parte D”).

Período de beneficio: La forma en que nuestro plan y Medicare Original miden su uso de los servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en el que es ingresado a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria como paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si usted es ingresado a un hospital o centro de enfermería especializada después de que finaliza un período de beneficios, un nuevo período de beneficios comienza. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción inicial: Es el período de tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y Parte B de Medicare cuando usted califica para este por primera vez. Por ejemplo, si califica para Medicare al cumplir la edad de 65, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que inicia 3 meses antes del mes en el que cumple 65 años, incluido este mes, y que finaliza 3 meses después del mes en el que cumple 65 años.

Persona doblemente eligible: Es una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de necesidades especiales: Un tipo especial de plan Medicare Advantage que ofrece atención médica orientada a grupos de personas específicos, tales como los que tienen Medicare y Medicaid, que viven en un hogar de ancianos o tienen determinadas enfermedades crónicas.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés): Un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un Plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores de la red o fuera de la red. El costo compartido de los miembros generalmente será más alto cuando se reciban beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de costos de desembolso personal por servicios recibidos de los proveedores de la red (preferidos) y un límite mayor de sus costos de desembolso personal combinados por servicios recibidos tanto de los proveedores de la red (preferidos) como de los de fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: Es un plan de salud de Medicare que es ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle los beneficios de la Parte A y la Parte B a las 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 piloto/de demostración y los Programa de atención integral para personas de la tercera edad (PACE, por sus siglas en inglés).

Plan Institucional Equivalente para Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés): Es un plan institucional para necesidades especiales que inscribe a personas que califican que viven en la comunidad, pero que requieren un nivel de atención institucional en función de la evaluación estatal. La evaluación debe realizarse utilizando la misma herramienta de evaluación de nivel de atención estatal respectiva y administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan para necesidades especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en un centro de vida asistida (ALF, por sus siglas en inglés) contratado si es necesario, para garantizar la prestación uniforme de atención especializada.

Plan Institucional para Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés): Un plan para necesidades especiales que inscribe a personas que califican que residen o esperan recibir durante 90 días consecutivos o más en un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés). Estas instalaciones de LTC pueden incluir una instalación de enfermería especializada (SNF); centro de enfermería (NF); (SNF/NF); un centro de atención intermedia para personas con retraso mental (ICF/MR); y/o un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados. Un plan institucional para necesidades especiales para atender a los residentes de Medicare de las instalaciones de LTC debe tener un acuerdo contractual con (o poseer y operar) los centros específicos de LTC.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Plan Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés): A veces se llama Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un HMO, PPO, un plan privado de pago por servicio (PFFS, por sus siglas en inglés) o un plan de cuenta de ahorros médicos de Medicare (MSA, por sus siglas en inglés). Cuando está inscrito en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan conforme a Medicare Original. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Todas las personas que tienen la Parte A y Parte B de Medicare son elegibles para unirse a cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área, excepto las personas con enfermedad renal en etapa terminal (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

Plan PACE: Un plan PACE (Programa Integral de Atención para Personas de la Tercera Edad) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) para personas cuyo estado de salud es delicado, para ayudarlas a permanecer independientes y a vivir en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro para personas mayores) tanto tiempo como sea posible, mientras reciben la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza "Medigap" (Seguro Suplementario de Medicare): Es un seguro complementario de Medicare que lo venden compañías de seguros privadas para subsanar las deficiencias en Medicare Original. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Prima: Es el pago periódico que se realiza a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención de salud por la cobertura de salud o por medicamentos recetados.

Programa de descuento de brecha entre cobertura de Medicare: Es un programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la etapa de brecha entre cobertura y que aún no estén recibiendo la "Ayuda adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos, los medicamentos de marca tienen descuento.

Prótesis y aparatos ortóticos: Son dispositivos médicos que indica su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para los brazos, la espalda y el cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o función del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés): Su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor al que usted visita en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. Él o ella se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. Él o ella también pueden consultar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y derivarlo a ellos. En la mayoría de los planes de salud de Medicare, usted debe consultar al proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención de salud. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1 para obtener información sobre los proveedores de atención primaria.

Proveedor de la red: "Proveedor" es el término general que utilizamos para médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de salud que cuentan con licencia o están certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención de salud. Nosotros los denominamos "**proveedores de red**" cuando tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como el pago total y, en determinados casos, para coordinar y brindar los servicios cubiertos para los afiliados a nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red en función de los contratos que tiene con los proveedores, o si los proveedores aceptan proporcionarle a usted servicios cubiertos por el plan. También se puede hacer referencia a los proveedores de la red como "proveedores del plan".

Proveedor o centro fuera de la red: Es un proveedor o centro con el que tenemos no acuerdos para coordinar o brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores o centros fuera de la red son proveedores que no son empleados por, ni pertenecen a, ni operan con nuestro plan o no están bajo contrato para brindarle los servicios cubiertos. El uso de proveedores o centros fuera de la red se explica en este folleto en el Capítulo 3.

Queja: El nombre completo para "presentar una queja" es "presentar una reclamo". El proceso de queja se utiliza para ciertos tipos de problemas *solamente*. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también la definición de "Queja formal" en esta lista de definiciones.

Reclamo: Es un tipo de queja que usted hace sobre nosotros o las farmacias, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye controversias de cobertura o pago.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas de inglés): Es un beneficio mensual que emite la Administración del Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que se consideran personas discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario no son lo mismo que los beneficios de la Administración del Seguro Social.

Servicio al cliente: Un departamento dentro de nuestro plan que está a cargo de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con el Servicio al cliente.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Servicios Que se necesitan con urgencia: los servicios requeridos de urgencia se brindan para tratar una afección, una lesión o una enfermedad inesperada, que no es de emergencia, pero que requiere atención médica inmediata. Los servicios que se necesitan con urgencia pueden ser suministrados por proveedores de la red o fuera de la red, si los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no puede acceder a ellos.

Servicios cubiertos: El término general que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: Son servicios cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y B de Medicare.

Servicios de rehabilitación: Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y lenguaje y terapia ocupacional.

Subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés): Consulte "Ayuda adicional".

Tarifa por expendio: Es un pago que se cobra cada vez que se expende un medicamento recetado para pagar el costo de surtir la receta médica. La tarifa por expendio cubre costos tales como el tiempo que el farmacéutico requiere para preparar y empacar la receta médica.

Tasa de costo compartido diario: Una "tasa de costo compartido diario" puede aplicar cuando un médico receta menos del suministro de un mes completo de determinados medicamentos y se le exige hacer un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido por el número de días correspondiente al suministro de un mes. Por ejemplo, si su copago para el suministro de un medicamento de un mes es de \$30 y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, su "tasa de costo compartido diario" será de \$1 por día. Esto significa que usted paga \$1 por el suministro diario cuando surte su receta.

Terapia escalonada: Una herramienta de utilización que exige que usted primero pruebe otro medicamento para tratar su enfermedad antes de que cubramos el medicamento que su médico pueda haberle recetado inicialmente.

Aviso de No Discriminación

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-884-4901 (TTY: 711).

SHA, LLC d/b/a FirstCare Health Plans y Southwest Life & Health Insurance Company cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. FirstCare Health Plans y Southwest Life & Health Insurance Company no excluyen a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

FirstCare Health Plans y Southwest Life & Health Insurance Company:

- Proporcionan asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Información escrita en otros formatos (letra grande y formatos electrónicos accesibles)
- Proporcionan servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Oficial de Cumplimiento al 1-214-820-8888 o envíe un correo electrónico a SWHPComplianceDepartment@BSWHealth.org.

Si cree que FirstCare Health Plans y Southwest Life & Health Insurance Company no han proporcionado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal con:

Compliance Officer
1206 West Campus Drive, Suite 151
Temple, Texas 76502

Línea de ayuda de cumplimiento; 1-888-484-6977 o <https://app.mycompliancereport.com/report.aspx?cid=swhp>.

Puede presentar una queja en persona o por correo, en línea o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Oficial de Cumplimiento está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.

Southwest Life & Health Insurance Company es una subsidiaria de propiedad total de SHA, LLC d/b/a FirstCare Health Plans (una subsidiaria de propiedad total de Scott and White Health Plan). Los planes PPO son ofrecidos por Southwest Life & Health Insurance Company. SHA, LLC ofrece los planes HMO, Medicaid y Medicare.

Servicio al cliente de FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP)

Método	Servicio al cliente: Información de contacto
LLAME	1-866-229-4969 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario: del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m. todos los días; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes. El Servicio al cliente también pone a disposición servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o lingüísticas. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario: del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m. todos los días; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes.
FAX	1-806-784-4190
ESCRIBA A	FirstCare 1901 West Loop 289, Suite 9, Lubbock Texas 79407
SITIO WEB	firstcare.com/dualsnp

El Departamento para Personas Mayores y con Discapacidades de Texas

El Departamento de para personas mayores y con discapacidad es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre los seguros de salud a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME	1-855-937-2372
ESCRIBA A	Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas Código de correo W358 PO Box 149030 Austin, Texas 78714-9030
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/aging

Declaración de divulgación de PRA Conforme a la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder un formulario de recopilación de información, a menos que este tenga a la vista un número de control de la OMB válido. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.