Manual del Miembro de First Choice VIP Care (HMO D-SNP)

H4739_001_128414_C_Approved_09302026_SPN

Aprobación de OMB 0938-1444 (Expira: 5/31/2029)

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care (HMO D-SNP) al **1-888-996-0499 (TTY 711)**, del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1.° de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.

1.º de enero de 2027 – 31 de diciembre de 2027

Su cobertura de salud y medicamentos en First Choice VIP Care (HMO D-SNP)

Introducción al *Manual del Miembro*

Este *Manual del Miembro*, también conocido como Evidencia de cobertura, le informa sobre su cobertura en nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2027. Explica los servicios de atención médica, los servicios de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias tóxicas, la cobertura de medicamentos y los servicios y apoyos a largo plazo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el **Capítulo 12** de este *Manual del Miembro*.

Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Cuando este *Manual del Miembro* dice "nosotros", "nos", "nuestro" o "nuestro plan", se refiere a First Choice VIP Care.

Este documento está disponible de manera gratuita en español.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille y/o audio, llamando a Servicios al Miembro al número que figura a pie de esta página. La llamada es gratuita.

Puede solicitar este documento, ahora y en el futuro, en un idioma distinto del inglés o en otro formato, con solo llamar a Servicios al Miembro al **1-888-996-0499 (TTY 711)**, del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1.° de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes. También le preguntaremos cuál es su preferencia en nuestra llamada de bienvenida y, más adelante en el año, cuando se comunique con el plan. El plan conservará su solicitud y continuará enviando documentos futuros en español o en el formato que haya solicitado, a menos que nos pida que cancelemos o cambiemos la solicitud. Puede cancelar o cambiar su solicitud en cualquier momento con solo llamar a Servicios al Miembro. Las llamadas son gratuitas.

Índice

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

.....4

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

.....18

Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

.....35

Capítulo 4: Cuadro de beneficios

.....54

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos para uso ambulatorio

.....121

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos de Medicare y Healthy Connections Medicaid

.....146

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

.....161

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

.....168

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

.....181

Capítulo 10: Cómo dar de baja su afiliación a nuestro plan

.....234

Capítulo 11: Avisos legales

.....244

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

.....246

Descargo de responsabilidad

- First Choice VIP Care es un plan HMO D-SNP con un contrato con Medicare y un contrato con el programa South Carolina Healthy Connections Medicaid. La inscripción en First Choice VIP Care depende de la renovación del contrato.
- ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-996-0499 (TTY 711) de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., del 1.° de abril al 30 de septiembre; o los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., del 1.° de octubre al 31 de marzo. La llamada es gratuita.
- Los beneficios y/o los copagos pueden cambiar el 1.º de enero de 2028.
- Nuestros medicamentos cubiertos, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectar a sus beneficios con al menos 30 días de anticipación.
- Este manual no es un certificado de seguro y no deberá entenderse ni interpretarse como prueba de la cobertura de seguro entre el contratista y el miembro.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre First Choice VIP Care, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y South Carolina Healthy Connections Medicaid, y sobre su afiliación al mismo. También le dice qué esperar y qué otra información obtendrá de nosotros. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Bienvenido a nuestro plan 7

B. Información sobre Medicare y Healthy Connections Medicaid 7

B1. Medicare 7

B2. Healthy Connections Medicaid 7

C. Ventajas de nuestro plan 8

D. Área de servicio de nuestro plan 9

E. Requisitos para ser miembro del plan 9

F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud 10

G. Su equipo de atención y su plan de atención 11

G1. Equipo de atención 11

G2. Plan de atención 11

H. Resumen de costos importantes 12

H1. Prima del plan 12

H2. Prima mensual de la Parte B de Medicare 12

H3. Monto del pago de medicamentos con receta de Medicare 13

I. Este *Manual del Miembro* 13

J. Otra información importante que obtendrá de nosotros 13

J1. Su tarjeta de ID de miembro 14

J2. *Directorio de proveedores y farmacias* 14

J3. *Lista de medicamentos cubiertos*....15

J4. La *Explicación de beneficios*....16

K. Cómo mantener actualizado su registro de afiliación....16

K1. Privacidad de la información médica personal (PHI)....17

A. Bienvenido a nuestro plan

Nuestro plan ofrece servicios de Medicare y de Medicaid (Healthy Connections) a las personas que cumplen los requisitos para ambos programas. Nuestro plan cuenta con médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo, proveedores de salud mental y otros proveedores. También contamos con coordinadores de atención y equipos de atención para ayudarle a gestionar sus proveedores y servicios. Todos trabajan en conjunto para brindarle la atención que necesita.

B. Información sobre Medicare y Healthy Connections Medicaid

B1. Medicare

Medicare es el programa de seguro médico federal para:

- personas de 65 años o más;
- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, **y**
- personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

B2. Healthy Connections Medicaid

Healthy Connections Medicaid es el nombre del programa de Medicaid de South Carolina. Healthy Connections Medicaid está gestionado por el Estado y financiado por el Estado y el Gobierno federal. Healthy Connections Medicaid ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) y los gastos médicos. También cubre servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Cada estado decide:

- lo que cuenta como ingresos y recursos;
- quién es elegible;
- qué servicios están cubiertos, **y**
- el costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre que sigan las normas federales.

Medicare y el estado de South Carolina aprobaron nuestro plan. Puede obtener servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid a través de nuestro plan siempre que:

- decidamos ofrecer el plan, **y**
- Medicare y el estado de South Carolina nos permitan seguir ofreciendo este plan.

Incluso si nuestro plan dejara de operar en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid no se verá afectada.

C. Ventajas de nuestro plan

Ahora obtendrá todos sus servicios cubiertos de Medicare y Healthy Connections Medicaid de nuestro plan, incluidos los medicamentos recetados. **No paga ningún costo adicional para afiliarse a este plan de salud.**

Le ayudamos a que sus beneficios de Medicare y Medicaid funcionen mejor juntos y funcionen mejor para usted. Algunas de las ventajas incluyen:

- Puede contar con nosotros para la **mayoría** de sus necesidades de atención médica.
- Usted tiene un equipo de atención que usted mismo ayuda a formar. Su equipo de atención puede incluirle a usted, a su cuidador, a médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de la salud.
- Tiene acceso a un coordinador de atención. Se trata de una persona que colabora con usted, con nuestro plan y con su equipo de atención para ayudarle a elaborar un plan de atención.
- Puede dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de atención y coordinador de atención.
- Su equipo de atención y su coordinador de atención colaboran con usted para elaborar un plan de atención diseñado para satisfacer **sus** necesidades médicas. El equipo de atención ayuda a coordinar los servicios que usted necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de atención se asegura de que:
    - Sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma, para que puedan asegurarse de que está tomando los medicamentos adecuados y puedan reducir cualquier efecto secundario que pueda tener a causa de ellos.
    - Los resultados de sus pruebas se compartan con todos sus médicos y demás proveedores, según corresponda.

- Nuevos miembros de First Choice VIP Care: En la mayoría de los casos, será inscrito en First Choice VIP Care para sus beneficios de Medicare el primer día del mes siguiente a la fecha en que solicite la inscripción en First Choice VIP Care. Es posible que siga teniendo South Carolina Healthy Connections Medicaid a través de su plan de salud anterior de South Carolina Healthy Connections Medicaid durante un mes más. Después de ese período, recibirá los servicios de South Carolina Healthy Connections Medicaid a través de First Choice VIP Care. No habrá ninguna interrupción en su cobertura de South Carolina Healthy Connections Medicaid. Si tiene alguna pregunta, llámenos al número que figura a pie de página.

D. Área de servicio de nuestro plan

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en South Carolina: Abbeville, Aiken, Allendale, Anderson, Bamberg, Barnwell, Beaufort, Berkeley, Calhoun, Charleston, Cherokee, Chester, Chesterfield, Clarendon, Colleton, Darlington, Dillon, Dorchester, Edgefield, Fairfield, Florence, Georgetown, Greenville, Greenwood, Hampton, Horry, Jasper, Kershaw, Lancaster, Laurens, Lee, Lexington, Marion, Marlboro, McCormick, Newberry, Oconee, Orangeburg, Pickens, Richland, Saluda, Spartanburg, Sumter, Union, Williamsburg y York.

Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden afiliarse a nuestro plan.

No puede permanecer en nuestro plan si se muda fuera de nuestra área de servicio. Consulte el **Capítulo 8** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las consecuencias de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

E. Requisitos para ser miembro del plan

Usted cumple con los requisitos para nuestro plan siempre que:

- viva en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella), **y**
- tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare, **y**
- sea ciudadano de los Estados Unidos, persona con nacionalidad estadounidense o no ciudadano que reúne los requisitos, **y**
- cumpla actualmente los requisitos para el programa Healthy Connections Medicaid, **y**
- tenga 18 años o más en el momento de la inscripción.

Incluso si cumple con los criterios anteriores, no cumple los requisitos para nuestro plan si:

- forma parte de la población sujeta al *spend-down* o gasto reducido de Healthy Connections Medicaid; **o**
- tiene un Seguro integral de terceros; **o**
- vive en un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID) en el momento de la determinación de elegibilidad.

Si pierde su elegibilidad para South Carolina Healthy Connections Medicaid, pero se prevé que la recupere en un plazo de seis meses, continuaremos proporcionándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por First Choice VIP Care. Cuando finalice su cobertura de South Carolina Healthy Connections Medicaid, no pagaremos los beneficios de South Carolina Healthy Connections Medicaid incluidos en el Plan Estatal, ni pagaremos las primas de Medicare ni los costos compartidos de los que el estado sería responsable si usted no hubiese perdido su elegibilidad para Medicaid. El monto que usted paga por los servicios cubiertos de Medicare puede aumentar durante este período. Puede obtener más información llamando a SC Thrive al 1-800-726-8774 o a Servicios al Miembro de First Choice VIP Care al **1-888-996-0499 (TTY 711).**

Le ayudaremos a recuperar su elegibilidad para South Carolina Healthy Connections Medicaid. Si se restablece su elegibilidad para South Carolina Healthy Connections Medicaid mientras siga afiliado a nuestra cobertura de Medicare, reanudaremos el pago de sus beneficios de South Carolina Healthy Connections Medicaid y su afiliación con nosotros continuará. Si no puede recuperar su elegibilidad para South Carolina Healthy Connections Medicaid en un plazo de seis meses, le daremos de baja de First Choice VIP Care. Si recupera su elegibilidad para South Carolina Healthy Connections Medicaid después de haber sido dado de baja, deberá comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud

Cuando se afilia por primera vez a nuestro plan, se le realiza una evaluación de riesgos para la salud (HRA) durante los 90 días siguientes a la fecha de entrada en vigencia de su afiliación.

Debemos realizarle una HRA. Esta HRA es la base para elaborar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud mental y funcionales, que incluyen la vivienda, el transporte y su capacidad para obtener alimentos y nutrición.

Nos pondremos en contacto con usted para completar la HRA. Podemos completar la HRA mediante una visita en persona o una llamada telefónica. Nos pondremos en contacto con usted anualmente para comprobar si alguna de sus necesidades ha cambiado.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si este plan es nuevo para usted, puede seguir usando los médicos a los que acude ahora y conservar sus autorizaciones de servicio actuales por hasta 90 días después de su primera inscripción. Durante este período, seguirá teniendo acceso a los mismos artículos, servicios y medicamentos médicamente necesarios que tiene en la actualidad. Además, seguirá teniendo acceso a sus proveedores de atención médica y de salud mental. No obstante, si finaliza un tratamiento o si una autorización previa expira durante sus primeros 90 días en nuestro plan, no se renovará automáticamente.

G. Su equipo de atención y su plan de atención

G1. Equipo de atención

Un equipo de atención puede ayudarle a continuar recibiendo la atención que necesita. Un equipo de atención puede incluir a su médico, un coordinador de atención, sus especialistas u otros profesionales médicos que usted elija.

Un coordinador de atención es una persona capacitada para ayudarle a gestionar la atención que necesita. Al inscribirse en nuestro plan, se le asigna un coordinador de atención. Esta persona también lo derivará a otros recursos comunitarios que nuestro plan quizá no proporcione y colaborará con su equipo de atención para ayudar a coordinar su atención. Llámenos a los números que figuran a pie de la página para obtener más información sobre su coordinador de atención y su equipo de atención.

G2. Plan de atención

Su equipo de atención trabaja con usted para elaborar un plan de atención. Un plan de atención le indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus servicios médicos, de salud conductual y de servicios y apoyos a largo plazo, así como los recursos comunitarios.

Su plan de atención incluye:

- sus objetivos de atención médica **y** los pasos para ayudarle a alcanzarlos;
- sus preferencias personales con respecto a la atención médica;
- los servicios y apoyos que se ajustan a sus necesidades, a las de su cuidador (si lo tiene) y a las recomendaciones de su equipo de atención;

- problemas específicos o inquietudes de salud en los que usted y su equipo de atención deseen trabajar;
- objetivos claros para cada problema, junto con los tratamientos, servicios o recursos que le ayudarán;
- un plan para evaluar su evolución y realizar cambios si es necesario;
- la planificación de la atención durante períodos de cambio, como después de una hospitalización;
- las opiniones de sus médicos, su cuidador y otros proveedores;
- la conexión con recursos comunitarios, como ayuda para la alimentación, los servicios públicos o grupos de apoyo, si los necesita, **y**
- un calendario para obtener los servicios que necesita.

Su equipo de atención se reunirá con usted luego de su HRA. Le preguntarán qué servicios necesita. Además, le informan sobre los servicios que tal vez quiera solicitar. Su plan de atención se crea en función de sus necesidades y objetivos. Su equipo de atención trabajará con usted para actualizar su plan de atención al menos una vez al año.

H. Resumen de costos importantes

Sus costos pueden incluir los siguientes:

- Prima del plan **(Sección H1**)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (**Sección H2**)
- Monto del plan de pago de medicamentos bajo receta de Medicare (**Sección H3**)

H1. Prima del plan

Nuestro plan no tiene prima.

H2. Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la **Sección E** anteriormente, para ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medicaid, así como tener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. A la mayoría de los miembros de First Choice VIP Care,

Medicaid les paga la prima de la Parte A de Medicare (si no califica automáticamente para ello) y la prima de la Parte B.

Si Medicaid no le paga sus primas de Medicare, usted debe seguir pagándolas para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima de la Parte B de Medicare. También es posible que tenga que pagar una prima de la Parte A de Medicare si no cumple los requisitos para la Parte A de Medicare sin prima. **Además, póngase en contacto con Servicios al Miembro o con su coordinador de atención e infórmeles de este cambio.**

H3. Monto del pago de medicamentos con receta de Medicare

Si participa en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, recibirá una factura de nuestro plan por sus medicamentos (en lugar de pagarlos a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que adeuda por cualquier medicamento con receta que reciba, además de su saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que quedan en el año. El **Capítulo 2** explica con más detalle el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del **Capítulo 9** para presentar una queja o apelación.

I. Este *Manual del Miembro*

Este *Manual del Miembro* forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las normas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que va en contra de estas normas, es posible que pueda apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar un *Manual del Miembro* llamando a Servicios al Miembro a los números que se encuentran a pie de página. También puede consultar el *Manual del Miembro*, disponible en nuestro sitio web en la dirección que figura a pie de página.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté afiliado a nuestro plan, entre el 1.º de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

J. Otra información importante que obtendrá de nosotros

La información importante que le proporcionamos incluye su tarjeta de ID de miembro, información sobre cómo acceder al *Directorio de proveedores y farmacias*, e información sobre cómo acceder a la *Lista de medicamentos cubiertos*, también conocida como *Lista de medicamentos* o *Formulario*.

J1. Su tarjeta de ID de miembro

Con nuestro plan, tendrá una única tarjeta para sus servicios de Medicare y de Medicaid de Healthy Connections, incluidos los servicios de atención a largo plazo (LTSS), determinados servicios de salud conductual y las recetas médicas. Muestre esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o receta médica. Este es un ejemplo de tarjeta de ID de miembro:

Si su tarjeta de ID de miembro se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicios al Miembro al número que aparece en la parte inferior de la página. Le enviaremos una tarjeta nueva.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare o su tarjeta de Healthy Connections Medicaid para obtener la mayoría de los servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de ID de miembro, el proveedor puede facturar a Medicare en lugar de a nuestro plan, y es posible que usted reciba una factura. Se le puede pedir que muestre su tarjeta de Medicare si necesita servicios de hospital, servicios de atención de enfermos terminales o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos). Consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro* para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

J2. *Directorio de proveedores y farmacias*

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera los proveedores y las farmacias de la red de nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos.

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* (de manera electrónica o copia impresa) llamando a Servicios al Miembro a los números que se encuentran a pie de página. Las solicitudes de copias impresas de Directorios de proveedores y farmacias se enviarán por correo dentro de los tres

días hábiles. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en el sitio web que se indica a pie de página.

Este directorio enumera los profesionales de atención médica (como médicos, enfermeras practicantes y psicólogos), centros médicos (como hospitales o clínicas) y proveedores de apoyo que puede ver como miembro de First Choice VIP Care. También incluimos las farmacias que puede utilizar para obtener sus medicamentos recetados.

Definición de proveedores de la red

- Nuestros proveedores de la red incluyen:
    - médicos, enfermeras y otros profesionales de atención médica que puede usar como miembro de nuestro plan;
    - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que brindan servicios de salud en nuestro plan; **y**
    - servicios de salud conductual, agencias de atención médica en el hogar, proveedores de equipos médicos duraderos (DME) y otros que brindan los bienes y servicios que usted obtiene a través de Medicare o Healthy Connections Medicaid.

Los proveedores de la red acuerdan aceptar el pago de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son aquellas que aceptan surtir recetas médicas a los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar.
- Excepto durante una emergencia, usted debe surtir sus recetas en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan las pague.

Llame a Servicios al Miembro a los números que se encuentran a pie de página para obtener más información. Tanto Servicios al Miembro como nuestro sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en nuestra red de farmacias y proveedores.

J3. *Lista de medicamentos cubiertos*

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. La llamamos la *Lista de medicamentos* para abreviar. Le indica los medicamentos que cubre nuestro plan. Nuestro plan selecciona los

medicamentos en esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de los Precios de los Medicamentos de Medicare se incluirán en su *Lista de medicamentos*, a menos que los hayan quitado o remplazado según lo descrito en el **Capítulo 5, Sección B**. Medicare aprobó la *Lista de medicamentos* de First Choice VIP Care.

La *Lista de medicamentos* también le informa si existen normas o restricciones sobre algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información.

Cada año, le enviamos información sobre cómo acceder a la *Lista de medicamentos*, pero pueden ocurrir algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos cubiertos, llame a Servicios al Miembro o visite nuestra página web en la dirección que figura a pie de página.

J4. La *Explicación de beneficios*

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, le enviaremos un resumen para ayudarle a comprender y llevar un control de los pagos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Este informe resumido se llama la *Explicación de beneficios* (EOB).

La EOB le dice el monto total que usted, u otros en su nombre, gastaron en sus medicamentos de la Parte D de Medicare y el monto total que pagamos por cada uno de sus medicamentos de la Parte D de Medicare durante el mes. La EOB no es una factura. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma, como los aumentos de precios, y otros medicamentos que pueden estar disponibles con costos compartidos más bajos. Puede hablar con su proveedor sobre estas opciones de costos más bajos. El **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro* brinda más información sobre la EOB y cómo le ayuda a realizar un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

También puede pedir una EOB. Para solicitar una copia, comuníquese con Servicios al Miembro a los números que figuran a pie de página.

K. Cómo mantener actualizado su registro de afiliación

Puede mantener actualizado su registro de afiliación informándonos cuando cambia su información.

Necesitamos esta información para asegurarnos de que contamos con sus datos correctos en nuestros registros. Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores en la red de nuestro plan **usan su registro de afiliación para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus costos**

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

Infórmenos de inmediato sobre lo siguiente:

- cambios en su nombre, dirección o número de teléfono;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico, como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o el empleador de su pareja doméstica, o compensación laboral;
- cualquier reclamo por daños y perjuicios, como reclamos por un accidente automovilístico;
- admisión en un establecimiento de enfermería u hospital;
- atención en un hospital o sala de emergencias;
- cambios de cuidador (o cualquier persona responsable de usted), **y**
- si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No tiene la obligación de informar a nuestro plan sobre los estudios de ensayo clínico en los que tiene la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga.)

Si la información cambia, llame a Servicios al Miembro al número que aparece a pie de página.

No olvide mantener su información de Medicaid actualizada. Puede visitar apply.scdhhs.gov/CitizenPortal/ o llamar a Healthy Connections Medicaid al 1-888-549-0820 (TTY 1-888-842-3620), de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m.

K1. Privacidad de la información médica personal (PHI)

La información en su registro de afiliación puede incluir información médica personal (PHI). Las leyes federales y estatales exigen que mantengamos la privacidad de su PHI. Protegemos su PHI. Para más información sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8** de este *Manual del Miembro.*

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le brinda información de contacto para recursos importantes que pueden ayudarlo a responder sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de atención médica. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención y otras personas para defenderlo en su nombre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Servicios al Miembro 19

B. Su coordinador de atención 21

C. Asistencia y Asesoramiento sobre Seguros y Derivaciones para Personas de la Tercera Edad (I-CARE) 23

D. Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): 25

E. Medicare 26

F. Healthy Connections Medicaid 27

G. Departamento de Envejecimiento de South Carolina 28

H. Defensor a largo plazo de South Carolina 29

I. Programas de ayuda con el pago de medicamentos con receta 29

I1. Ayuda Adicional de Medicare. 30

I2. Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare 31

J. Seguro Social 32

K. Junta de Retiro de Empleados Ferroviarios (RRB) 32

L. Otros recursos 33

L1. The 988 Suicide & Crisis Lifeline (Línea de Prevención del Suicidio y Crisis) 33

L2. Cómo denunciar el fraude y el abuso 34

A. Servicios al Miembro

TELÉFONO	**1-888-996-0499**. Esta llamada es gratuita. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. y del 1.º de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenemos servicios de intérpretes sin cargo para las personas que no hablan inglés.
TTY	**711**. Esta llamada es gratuita. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. y del 1.º de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	**1-855-236-9284**
CORREO POSTAL	First Choice VIP Care P.O. Box 7183 London, KY 40742-7183
SITIO WEB	www.firstchoicevipcare.com

Comuníquese con Servicios al Miembro para obtener ayuda con:

- preguntas sobre el plan;
- preguntas sobre reclamos o facturación;
- decisiones de cobertura sobre su atención médica;
  - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión sobre:
    - sus beneficios y servicios cubiertos, **o**
    - la suma que pagaremos por sus servicios médicos.
  - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura sobre su atención médica.
  - Para informarse más sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

- Apelaciones sobre su atención médica
  - Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y solicitarnos que la cambiemos si cree que cometimos un error o si no está de acuerdo con la decisión.
  - Para informarse más sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* o comuníquese con Servicios al Miembro.
- Quejas sobre su atención médica
  - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor (incluidos los proveedores fuera de la red o de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentar una queja ante nosotros o ante la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) sobre la calidad de la atención que recibió (consulte la **Sección D**).
  - Puede llamarnos al **1-888-996-0499 (TTY 711)** y explicarnos su queja.
  - Si su queja es sobre una decisión de cobertura sobre su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
  - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.
- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
  - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre:
    – sus beneficios y medicamentos cubiertos, **o**
    – la suma que pagaremos por sus medicamentos.
  - Esto se aplica a sus medicamentos de la Parte D de Medicare, medicamentos recetados de Healthy Connections Medicaid y medicamentos de venta libre de Healthy Connections Medicaid.
  - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

- Apelaciones sobre sus medicamentos
  - Una apelación es una manera de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.
- Quejas sobre sus medicamentos
  - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos.
  - Si su queja es sobre una decisión de cobertura sobre sus medicamentos, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior.)
  - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.
- Pago de atención médica o medicamentos que ya pagó
  - Para obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.
  - Si nos solicita que paguemos una factura y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

B. Su coordinador de atención

Tiene asignado un coordinador de atención personal, que es su persona de contacto en First Choice VIP Care. Un coordinador de atención es un profesional de la salud comprensivo que ayudará a que reciba la atención y los servicios que afectan a su salud y bienestar. Realizará con usted evaluaciones detalladas que incluyen su historial médico, la lista de medicamentos, las vacunas y las pruebas de detección, entre otras cosas. Su coordinador de atención tendrá la oportunidad de conocer su situación y trabajar con usted, sus médicos y otros cuidadores para asegurarse de que todo funcione correctamente para usted. Puede compartir su historia

clínica con su coordinador de atención y establecer objetivos para llevar una vida saludable. Siempre que tenga una pregunta o un problema relacionado con su salud o los servicios o la atención que recibe de nosotros, puede llamar a su coordinador de atención.

Nuestro objetivo en First Choice VIP Care es satisfacer sus necesidades de una manera que funcione para usted. Por este motivo decimos que nuestro programa está "centrado en la persona". El proceso de planificación centrado en la persona es cuando usted trabaja con su coordinador de atención para crear un plan de atención que se trate de sus objetivos, elecciones y capacidades. Cuando cree su plan de atención, podrá hacer participar a las personas que considere clave para su éxito, como familiares, amigos o representantes legales.

Cuando se inscriba en el plan, se le asignará automáticamente un coordinador de atención. Su coordinador de atención lo llamará por teléfono. Para ponerse en contacto con su coordinador de atención o cambiarlo, llame a Servicios al Miembro de First Choice VIP Care al número de teléfono que figura a pie de página y solicite hablar con el coordinador de atención que se le haya asignado.

TELÉFONO	**1-888-996-0499**. Esta llamada es gratuita. El equipo de atención está disponible cinco días de la semana, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. Después del horario comercial habitual, el sistema interactivo de respuesta por voz le permitirá dejar un mensaje para su coordinador de atención. Tenemos servicios de intérpretes sin cargo para las personas que no hablan inglés.
TTY	**711.** Esta llamada es gratuita. El equipo de atención está disponible cinco días de la semana, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
CORREO POSTAL	First Choice VIP Care P.O. Box 7183 London, KY 40742-7183
SITIO WEB	www.firstchoicevipcare.com

Comuníquese con su coordinador de atención para obtener ayuda con:

- preguntas sobre su atención médica
- preguntas sobre cómo acceder a servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias tóxicas)
- preguntas sobre el transporte
- preguntas sobre cómo acceder a servicios de salud conductual, transporte y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)
- preguntas después de cualquier admisión hospitalaria
- inquietudes sobre cambios en su estado de salud
- ayuda para solicitar consultas

Para obtener más información sobre los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), consulte el **Capítulo 3, Sección E.**

C. Asistencia y Asesoramiento sobre Seguros y Derivaciones para Personas de la Tercera Edad (I-CARE)

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con consejeros capacitados en todos los estados que ofrece ayuda e información gratuitas, y responde a sus preguntas sobre Medicare. En South Carolina, el SHIP se llama Programa de Asistencia y Asesoramiento sobre Seguros y Derivaciones para Personas de la Tercera Edad (I-CARE).

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

TELÉFONO	1-800-868-9095 El horario de atención es de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5 p. m.
TTY	TTY 711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para poder llamar.

CORREO POSTAL	Department on Aging 1301 Gervais Street, Suite 350 Columbia, SC 29201
CORREO ELECTRÓNICO	askus@aging.sc.gov
SITIO WEB	www.aging.sc.gov/programs-initiatives/medicare-and-medicare-fraud

Comuníquese con I-CARE para recibir ayuda con:

- preguntas acerca de Medicare
- Los asesores de I-CARE pueden responder sus preguntas sobre el cambio a un nuevo plan y ayudarlo a:
  - entender sus derechos;
  - comprender sus opciones de planes;
  - responder preguntas sobre el cambio de planes;
  - presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento, **y**
  - solucionar problemas con sus facturas.

D. Organización para la Mejora de la Calidad (QIO):

Nuestro estado tiene una organización llamada Acentra Health. Se trata de un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

TELÉFONO	1-888-317-0751. Esta llamada es gratuita. Los miembros del equipo de Acentra Health están disponibles de 9 a. m. a 5 p. m. de lunes a viernes y de 10 a. m. a 4 p. m. los sábados, domingos y feriados. También puede dejar un mensaje las 24 horas del día, los siete días de la semana. Hay servicios de traducción disponibles para miembros y cuidadores que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para poder llamar.
CORREO POSTAL	1650 Summit Lake Dr., Suite 102 Tallahassee, FL 32317
SITIO WEB	www.acentraqio.com

Comuníquese con Acentra Health para recibir ayuda con lo siguiente:

- preguntas sobre sus derechos a la atención médica
- cómo presentar una queja sobre la atención que recibió si:
  - tiene un problema con la calidad de la atención, como recibir los medicamentos equivocados, pruebas o procedimientos innecesarios, o un mal diagnóstico;
  - cree que su estadía en el hospital está terminando demasiado pronto, **o**
  - cree que sus servicios de atención médica domiciliaria, atención en un establecimiento de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) están terminando demasiado pronto.

E. Medicare

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

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

TELÉFONO	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades con la audición o el habla. Debe tener un equipo telefónico especial para poder llamar.
CHAT EN VIVO	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.
CORREO POSTAL	Escriba a Medicare a P.O. Box 1270, Lawrence, KS 66044.

SITIO WEB	www.medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluidos su precio y qué servicios brindan. • Encuentre médicos que participen en Medicare u otros proveedores médicos y proveedores de equipos e insumos. • Infórmese sobre lo que cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, vacunas y visitas anuales de rutina, también llamadas visitas de "bienestar"). • Obtenga información sobre las apelaciones de Medicare y los formularios. • Obtenga información sobre la calidad de la atención brindada por los planes, los hogares de ancianos, los hospitales, los médicos, las agencias de salud a domicilio, los centros de diálisis, los centros de atención para enfermos terminales, los centros de rehabilitación con internación y los hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

F. Healthy Connections Medicaid

Healthy Connections Medicaid ayuda con los costos médicos y los servicios y apoyos a largo plazo para personas con ingresos y recursos limitados.

Usted está inscrito en Medicare y en Healthy Connections Medicaid. Si tiene alguna pregunta sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame a Healthy Connections Medicaid.

TELÉFONO	1-888-549-0820. Esta llamada es gratuita. Este número está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m.
TTY	1-888-842-3620. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para poder llamar.

CORREO POSTAL	South Carolina Department of Health and Human Services (SCDHHS) P.O. Box 8206 Columbia, SC 29202
SITIO WEB	www.scdhhs.gov

G. Departamento de Envejecimiento de South Carolina

El Departamento de Envejecimiento de South Carolina tiene la función de defender sus intereses. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarlo a comprender qué hacer. El Departamento de Envejecimiento de South Carolina puede ayudarlo con problemas relativos a servicios o facturación. No están relacionados con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. Sus servicios son gratuitos.

TELÉFONO	1-800-868-9095 El horario de atención es de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5 p. m.
TTY	TTY 711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para poder llamar.
CORREO POSTAL	Department on Aging 1301 Gervais Street, Suite 350 Columbia, SC 29201
SITIO WEB	www.aging.sc.gov

H. Defensor a largo plazo de South Carolina

El defensor (Ombudsman) de South Carolina sobre atención a largo plazo ayuda a obtener información sobre hogares de ancianos y resolver problemas entre los hogares de ancianos y los residentes o sus familias.

El defensor de South Carolina sobre atención a largo plazo no está conectado con nuestro plan, con ninguna compañía de seguros o plan médico.

TELÉFONO	1-800-868-9095. Esta llamada es gratuita. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5 p. m.
CORREO POSTAL	Long Term Care Ombudsman Department on Aging 1301 Gervais Street, Suite 350 Columbia, SC 29201
CORREO ELECTRÓNICO	ltcombudsman@aging.sc.gov
SITIO WEB	www.aging.sc.gov

I. Programas de ayuda con el pago de medicamentos con receta

El sitio web de Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) brinda información sobre las maneras de reducir los costos de sus medicamentos. Para las personas con ingresos limitados, existen además otros programas para asistir tal como se describe a continuación.

I1. Ayuda Adicional de Medicare.

Dado que es elegible para Medicaid, califica para recibir y está recibiendo "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos. No necesita hacer nada para conseguir esta "Ayuda Adicional".

TELÉFONO	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades con la audición o el habla. Debe tener un equipo telefónico especial para poder llamar.
SITIO WEB	www.medicare.gov

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

- Comuníquese con Servicios al Miembro para solicitar ayuda o para brindar uno de los documentos enumerados a continuación para establecer el nivel correcto de copago. Tenga en cuenta que todos los documentos siguientes deben demostrar que usted era elegible para Medicaid durante un mes después de junio del año anterior:
    - una copia de su tarjeta de Medicaid que incluya su nombre, fecha de elegibilidad y nivel de cobertura;
    - un informe del contacto que incluya la fecha en que se realizó la llamada de verificación a la Oficina de Medicaid, y el nombre, cargo y número de teléfono del miembro del personal del estado que verificó el nivel de beneficios o la situación de Medicaid;
    - una copia de un documento del estado que confirma que la cobertura está activa;
    - una impresión del archivo de inscripción electrónica estatal que indique la situación de la cobertura de Medicaid;

- una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid que indique la situación de la cobertura de Medicaid;
- otra documentación provista por el Estado que muestre la situación de la cobertura de Medicaid;
- un aviso de otorgamiento de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) con fecha de entrada en vigencia, o bien
- una carta de Información importante de la Administración del Seguro Social (SSA) que confirme que usted es elegible automáticamente para recibir Ayuda Adicional.

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

- Un comprobante de pago de un centro de atención a largo plazo que muestre el pago de Medicaid para un mes calendario completo.
- Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid a un centro de atención a largo plazo por un mes calendario completo a su nombre.
- Una copia impresa de los sistemas de Medicaid en la que figure su situación de ingreso en un centro, basada en una estadía de al menos un mes calendario completo, a efectos del pago por parte de Medicaid.

- Cuando recibamos la evidencia que demuestre el nivel de copago adecuado, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda realizar el copago correcto cuando retire su siguiente receta. Si paga una suma superior a la de su copago, le devolveremos el dinero, ya sea por cheque o con un crédito para un futuro copago. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda con ellos, podemos hacerle el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos pagarle directamente al estado. Llame a Servicios al Miembro al número que se encuentra en la parte inferior de la página si tiene alguna pregunta.

I2. Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El Plan de pago de medicamentos bajo receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo de medicamentos de la Parte D de Medicare cubiertos por nuestro plan repartiéndolos a lo largo del año calendario (enero-diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o plan médico de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarle**

a administrar sus gastos, pero no hace que ahorre dinero o reduzca los costos de sus medicamentos. Si participa en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan, no necesita hacer nada para continuar en esta opción. La "Ayuda Adicional" de Medicare ofrece más ventajas que participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y los planes con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios al Miembro al número de teléfono que figura a pie de página o visite www.Medicare.gov.

J. Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y administra la inscripción en Medicare.

Es importante comunicarse con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección de correo para informárselo.

TELÉFONO	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar sus servicios telefónicos automatizados para obtener información grabada y realizar algunas operaciones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número es para personas que tienen dificultades con la audición o el habla. Debe tener un equipo telefónico especial para poder llamar.
SITIO WEB	www.ssa.gov

K. Junta de Retiro de Empleados Ferroviarios (RRB)

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

TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB de 9 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a. m. a 12 del mediodía los miércoles. Presione “1” para acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número es para personas que tienen dificultades con la audición o el habla. Debe tener un equipo telefónico especial para poder llamar. Las llamadas a este número no son gratuitas.
SITIO WEB	www.rrb.gov

L. Otros recursos

L1. The 988 Suicide & Crisis Lifeline (Línea de Prevención del Suicidio y Crisis)

TELÉFONO	988 Disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana
TTY	711 Disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana
SITIO WEB	988lifeline.org

L2. Cómo denunciar el fraude y el abuso

Si sospecha que se está produciendo fraude, derroche o abuso, infórmenos.

TELÉFONO	1-866-833-9718 Disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana
TTY	711 Disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana
CORREO POSTAL	Special Investigations Unit 200 Stevens Drive Philadelphia, PA 19113
CORREO ELECTRÓNICO	Formulario seguro de contacto de FWA en el sitio web y FraudTip@amerihealthcaritasdc.com
SITIO WEB	www.firstchoicevipcare.com

Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene términos y normas específicos que necesita conocer para obtener atención médica y otros servicios cubiertos con nuestro plan. También contiene información sobre su coordinador de atención, cómo recibir atención de distintos tipos de proveedores y bajo ciertas circunstancias especiales (lo que incluye proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer cuando le facturan directamente servicios que cubrimos y las normas para tener equipo médico duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Información sobre servicios y proveedores 38

B. Normas para recibir los servicios que cubre nuestro plan....38

C. Su coordinador de atención 39

C1. Qué es un coordinador de atención 39

C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de atención 40

C3. Cómo puede cambiar su coordinador de atención....40

D. Atención de proveedores 40

D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP)....40

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red 41

D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan 42

D4. Proveedores fuera de la red....43

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)....44

F. Servicios para la salud conductual (salud mental y trastorno por consumo de sustancias tóxicas) ..44

G. Cómo acceder a la atención autodirigida....44

G1. ¿Qué es la atención autodirigida? 44

G2. ¿Quién puede acceder a la atención autodirigida?....45

G3. ¿Cómo puede obtener ayuda para emplear a proveedores de atención personal?....45

H. Servicios de transporte....45

I. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica, cuando sean urgentemente necesarios o durante una catástrofe....45

I1. Atención en caso de emergencia médica....45

I2. Atención de urgencia....47

I3. Atención durante una catástrofe....48

J. Qué pasa si le facturan directamente a usted el costo de sus servicios cubiertos....48

J1. Qué hacer si nuestro plan no cubre servicios....48

K. Cobertura de servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica....49

K1. Definición de estudio de investigación clínica....49

Usted debe informarnos antes de empezar a formar parte de un estudio de investigación clínica.....49

K2. Pago de los servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica....50

K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica....50

L. De qué manera se cubren los servicios de atención médica en una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud....50

L1. Definición de una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud....50

L2. Atención en una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud....51

M. Equipo médico duradero (DME)....51

M1. DME como miembro de nuestro plan....51

M2. Propiedad del DME si cambia a Original Medicare....52

M3. Beneficios de equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan....52

M4. Equipos de oxígeno cuando cambia a Original Medicare o a otro plan Medicare Advantage (MA) 53

A. Información sobre servicios y proveedores

Los **servicios** son atención médica, suministros, servicios de salud conductual, medicamentos bajo receta y de venta libre, equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** son todos los servicios por los que paga nuestro plan. La atención médica cubierta y la salud conductual se describen en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*. Sus servicios cubiertos en relación con los medicamentos con receta y de venta libre se describen en el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro*.

Los **proveedores** son médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención, y que cuentan con la autorización correspondiente del Estado. Entre los proveedores también se incluyen hospitales, agencias de salud domiciliaria, clínicas y otros sitios que le proporcionan servicios de atención médica, servicios de salud conductual y equipos médicos.

Los **proveedores de la red** son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores aceptan nuestro pago como pago total. Nos encargamos de que estos proveedores le presten los servicios cubiertos. Los proveedores de la red nos facturan directamente a nosotros por la atención que le brindan a usted. Cuando utiliza un proveedor de la red, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Normas para recibir los servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre servicios cubiertos por Medicare y Healthy Connections Medicaid. Incluye salud conductual.

En general, nuestro plan pagará los servicios de atención médica y de salud conductual que reciba siempre que cumpla nuestras normas. Para tener la cobertura de nuestro plan:

- La atención que reciba debe estar incluida en nuestro Cuadro de beneficios médicos, que figura en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Al decir médicamente necesario, nos referimos a que necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que le impide ingresar a un hospital o a un establecimiento de enfermería. También significa que los servicios, insumos o medicamentos cumplen con las normas aceptadas de práctica médica.
- Para los servicios médicos, usted tiene un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red que brinda y supervisa su atención. Como miembro del plan, usted debe elegir a un proveedor de la red para que sea su PCP (consulte la **Sección D1** para más información).

- Usted no necesita derivaciones de su PCP en caso de atención de emergencia o de urgencia ni para visitar a un proveedor de salud para la mujer. Puede recibir otros tipos de atención sin contar con una derivación de su PCP (consulte la **Sección D1** para más información).

- **Usted debe recibir atención de proveedores de la red** (para más información, consulte la **Sección D** de este capítulo). En general, no cubriremos la atención de un proveedor que no trabaje con nuestro plan de salud. Esto significa que usted deberá pagarle al proveedor el valor completo de los servicios que reciba. Sin embargo, hay algunos casos en los que esta norma no se aplica:

  - Si necesita atención de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la **Sección I**).

  - Si necesita atención cubierta por nuestro plan y nuestros proveedores de la red no pueden prestarla, puede recibir atención de un proveedor fuera de la red. Deberá obtener autorización del plan antes de solicitar atención de un proveedor fuera de la red. En esta situación, cubriremos la atención como si la hubiera recibido de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la autorización para acudir a un proveedor fuera de la red, consulte la **Sección D4**.

  - Si necesita servicios de diálisis renal cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan durante un breve período de tiempo, o cuando su proveedor no esté disponible temporalmente o no esté accesible, puede recibir la atención de un proveedor fuera de la red. Si es posible, llame a Servicios al Miembro al número que figura a pie de página antes de salir del área de servicio, para que podamos ayudarle a organizar su diálisis de mantenimiento mientras se encuentre fuera.

C. Su coordinador de atención

C1. Qué es un coordinador de atención

Su coordinador de atención de First Choice VIP Care es su persona de referencia en First Choice VIP Care. Un coordinador de atención es un profesional de la salud comprensivo y capacitado para ayudarle a gestionar su atención. Realizará con usted evaluaciones detalladas que incluyen su historial médico, la lista de medicamentos, las vacunas y las pruebas de detección, entre otras cosas. Su coordinador de atención tendrá la oportunidad de conocer su situación y trabajar con usted, sus médicos y otros cuidadores para asegurarse de que todo funcione correctamente para usted. Puede compartir su historia clínica con su coordinador de atención y establecer objetivos para llevar una vida saludable.

C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de atención

Para ponerse en contacto con su coordinador de atención, llame a Servicios al Miembro de First Choice VIP Care al número de teléfono que figura a pie de página y solicite hablar con el coordinador de atención que se le haya asignado.

C3. Cómo puede cambiar su coordinador de atención

Para cambiar de coordinador de atención, llame a Servicios al Miembro de First Choice VIP Care al número que figura a pie de página.

D. Atención de proveedores

D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP)

Debe elegir un PCP que le brindará y administrará su atención médica.

Definición de PCP y qué hace un PCP por usted

Un proveedor de atención primaria (PCP) es un médico que cumple con los requisitos de Medicare y del estado, y que está capacitado para brindarle atención médica básica.

Existen diferentes clases de médicos que pueden ser PCP. Generalmente, los PCP se especializan en medicina familiar, medicina general o medicina interna. Puede tener a un especialista como su PCP. Un especialista puede actuar como su PCP siempre que realice funciones de PCP. Esto nos permitirá asignárselo y pagar sus reclamos de reembolso como un PCP. Si quiere que su especialista sea su PCP, llame a Servicios al Miembro para solicitarlo.

La función del PCP es:

- Coordinar los servicios cubiertos.
- Su PCP coordinará los servicios cubiertos que recibe como miembro de nuestro plan. Su PCP es parte de su equipo de atención. Su equipo de atención trabaja en conjunto para garantizar que su atención sea coordinada. Esto significa que su PCP debe conocer todos los medicamentos que toma y los servicios que recibe para reducir el riesgo de efectos adversos. Su PCP siempre le pedirá permiso antes de compartir su información médica con otros proveedores.

- Tomar decisiones sobre autorizaciones previas (PA) o cómo obtenerlas, si corresponde. Para algunos servicios, es posible que su PCP tenga que obtener antes una aprobación de First Choice VIP Care (esto se llama “autorización previa”). En estos casos, su PCP deberá brindar información de su enfermedad y el plan de tratamiento propuesto para que First Choice VIP Care determine si el servicio es médicamente necesario.

Una clínica rural de salud (RHC) o un proveedor de un centro de salud federalmente calificado (FQHC) que esté en nuestra red también puede ser su proveedor de atención primaria.

Su elección de PCP

Usted debe elegir al proveedor de atención primaria (PCP) que le resulte cómodo ver y tener para administrar todas sus necesidades de atención médica. Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Si quiere ver los médicos disponibles como PCP, consulte nuestro directorio de proveedores impreso o en línea, o llame a Servicios al Miembro para confirmar que su médico sea parte de nuestra red. Llame a Servicios al Miembro al número que aparece a pie de página para elegir un PCP. Si no elige un PCP dentro de los primeros 90 días desde su inscripción, y First Choice VIP Care intentó razonablemente ayudarle, pero sin éxito (por teléfono o por correo) en elegir un PCP, entonces First Choice VIP Care le asignará uno y luego notificará a usted y al PCP de la designación. La designación del PCP no afectará de manera negativa a ningún derecho de transición que usted tenga.

Opción para cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP pueda dejar de formar parte de la red de nuestro plan. Si su PCP deja nuestra red, podemos ayudarle a buscar un nuevo PCP en nuestra red.

Una vez que elija un nuevo PCP, el cambio llevará cinco días hábiles en aplicarse. Deberá contactarse con Servicios al Miembro para cambiar de PCP. Llame a Servicios al Miembro al número que aparece a pie de página. La llamada es gratuita.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que brinda atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas, por ejemplo:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con enfermedades cardíacas.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares.

Cuando necesite atención de proveedores especialistas, incluidos los servicios de cuidado domiciliario y de la salud conductual, deberá coordinar la atención con su médico de atención primaria (PCP). Su PCP lo ayudará a seleccionar al proveedor de la red apropiado y completará cualquier requisito necesario por usted. Si tiene alguna duda o inquietud, llame a su coordinador de atención para pedir ayuda. Para algunos servicios, su PCP o especialista necesitará primero tener aprobación de nuestro plan antes de recibir algún servicio o medicamento. Esto se llama “autorización previa”. En estos casos, su PCP o especialista deberá brindar información sobre su enfermedad y el plan de tratamiento propuesto para que el departamento de Administración de la utilización pueda decidir si el servicio es médicamente necesario. Consulte el Cuadro de beneficios en el **Capítulo 4, Sección D** para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa. La selección de un PCP no lo limita a ciertos especialistas u hospitales específicos. No tenemos subredes o círculos de referencia. Deberá ver especialistas que se encuentran en la red.

D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan

Es posible que un proveedor de la red al que acude deje nuestro plan. Si uno de sus proveedores deja nuestro plan, usted tiene los derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Incluso si nuestra red de proveedores cambia durante el año, tenemos la obligación de darle acceso continuo a proveedores calificados.
- Le avisaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo suficiente de seleccionar a un nuevo proveedor.
    - Si su proveedor de atención primaria o de la salud conductual deja nuestro plan, le avisaremos al respecto en caso de que haya tenido alguna consulta con ese proveedor en los últimos tres años.
    - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le avisaremos en caso de que usted tenga asignado a ese proveedor o reciba atención actualmente o haya tenido consultas con este en los últimos 3 meses.
- Lo ayudaremos a elegir a un nuevo proveedor calificado de la red para que continúe gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si actualmente está bajo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a seguir recibiendo las terapias o el tratamiento médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo la atención que necesita.
- Le brindaremos información sobre los períodos de inscripción y las opciones disponibles que puede tener para cambiar de plan.

- Si no podemos encontrar un especialista de la red calificado al que pueda acudir, debemos recurrir a un especialista fuera de la red para que le preste la atención necesaria cuando un proveedor de la red o un beneficio no estén disponibles o no sean adecuados para satisfacer sus necesidades médicas. Se requiere autorización previa.
- Si se entera de que uno de sus proveedores va a dejar nuestro plan, póngase en contacto con nosotros. Podemos ayudarle a elegir un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si considera que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por uno calificado o que no estamos administrando adecuadamente su atención, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la Organización de Mejora de la Calidad (QIO), una queja formal sobre la atención prestada, o ambas. (Consulte el **Capítulo 9** para más información.)

D4. Proveedores fuera de la red

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

- El plan cubre la atención médica de emergencia o de urgencia prestada por un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto y saber qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la **Sección I** de este capítulo.
- Servicios de diálisis renal en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Si usted necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no puedan brindar esta atención, usted podrá recibir esta atención de un proveedor fuera de la red. Para recibir atención de un proveedor fuera de la red, se necesita autorización previa. Se solicitará a su PCP o especialista que brinde información sobre su afección y el plan de tratamiento propuesto para que el plan pueda determinar si el servicio es médicamente necesario. En esta situación, cubriremos esos servicios como si los hubiera recibido de un proveedor de la red.

Si utiliza un proveedor fuera de la red, el proveedor debe reunir los requisitos para participar en Medicare o Healthy Connections Medicaid.

- No podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare o Healthy Connections Medicaid.

- Si visita a un proveedor que no reúne los requisitos para participar en Medicare, usted deberá pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben informarle si no reúnen los requisitos para participar en Medicare.

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

El programa de apoyo y servicios a largo plazo (LTSS) le ayuda a cumplir sus necesidades diarias de asistencia y a mejorar su calidad de vida. El programa de LTSS puede ayudarle con las actividades diarias, como tomar un baño, vestirse y cocinar. La mayoría de estos servicios se presta en su hogar o en su comunidad, pero también pueden brindarse en un hogar de ancianos u hospital.

Los LTSS no están cubiertos por nuestro plan, pero es posible que pueda acceder a ellos a través del programa Healthy Connections Medicaid. Si considera que necesita los servicios de LTSS, puede hablar con su coordinador de atención sobre cómo acceder a ellos y si puede unirse a una exención de Healthy Connections Medicaid. Su coordinador de atención puede darle información sobre cómo pedir la exención que corresponda y todos los recursos disponibles para usted del plan.

F. Servicios para la salud conductual (salud mental y trastorno por consumo de sustancias tóxicas)

Hay varias formas de buscar a un proveedor de salud conductual. Puede llamar a Servicios al Miembro al número que aparece a pie de página. La llamada es gratuita.

También puede contactar a su coordinador de atención o buscar a un proveedor de salud conductual en el *Directorio de proveedores y farmacias*. El *Directorio de proveedores y farmacias* también se puede encontrar en línea en www.firstchoicevipcare.com.

G. Cómo acceder a la atención autodirigida

G1. ¿Qué es la atención autodirigida?

Los servicios de asistencia personal autodirigida son servicios de asistencia personal como los LTSS descritos anteriormente (ayuda para bañarse, vestirse, cocinar, realizar quehaceres simples) que son dirigidos por el miembro o un representante designado de este. Este método para recibir servicios de asistencia personal permite al miembro o a su representante proporcionar instrucciones específicas al proveedor sobre sus necesidades y preferencias. Este método garantiza que el servicio cumplirá con las necesidades del miembro.

G2. ¿Quién puede acceder a la atención autodirigida?

Los servicios de asistencia personal autodirigida están disponibles para todos los miembros del plan que estén inscritos en una de las exenciones mencionadas anteriormente en la sección E. Si está interesado, su coordinador de atención puede ayudarle a utilizar el enfoque autodirigido.

G3. ¿Cómo puede obtener ayuda para emplear a proveedores de atención personal?

Si necesita ayuda para encontrar o contratar proveedores de atención personal, llame a Servicios al Miembros al número que aparece a pie de página.

H. Servicios de transporte

Los servicios de transporte sin carácter de emergencia (NEMT) se prestan a través de South Carolina Healthy Connections Medicaid como un beneficio de Medicaid con tarifa por servicio. First Choice VIP Care coordinará su servicio NEMT. Llame a Servicios al Miembro al número que aparece a pie de página. La llamada es gratuita. También puede contactar a su coordinador de atención que le ayudará a coordinar su beneficio NEMT de Healthy Connections Medicaid.

I. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica, cuando sean urgentemente necesarios o durante una catástrofe

I1. Atención en caso de emergencia médica

Una emergencia médica es una afección con síntomas como enfermedad, dolor intenso, lesión grave o una afección que se agrava rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que resulte en alguno de los siguientes:

- serio riesgo de vida y, si está embarazada, pérdida del embarazo, **o**
- pérdida o daños graves a sus funciones físicas, **o**
- pérdida de una extremidad o función de una extremidad, **o**
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
    - No hay suficiente tiempo para transferirla de manera segura a otro hospital antes del parto.

- Transferirla a otro hospital podría suponer un riesgo para su salud o seguridad o la del niño por nacer.

Si tiene una emergencia médica:

- **Pida ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercanos. Llame a una ambulancia si es necesario. Usted **no** necesita una aprobación o derivación de su PCP. No es necesario que utilice un proveedor de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios o en todo el mundo, de cualquier proveedor con la licencia estatal apropiada, aunque no sea parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, informe al plan sobre su emergencia.** Realizaremos el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, por lo general, dentro de las primeras 48 horas. Sin embargo, no pagará por los servicios de emergencia si se demoró en informarnos. Llame a Servicios al Miembro al número que aparece a pie de página.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Tenga en cuenta que, por lo general, Original Medicare no cubre la atención médica, incluidos los servicios de emergencia, recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otro modo podría poner en riesgo su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.

Los proveedores que le brinden la atención médica de emergencia decidirán cuándo su afección esté estable y haya terminado la emergencia médica. Seguirán tratándole y le contactarán para planificar si necesita un seguimiento médico para mejorar.

Nuestro plan cubre el seguimiento de su atención médica. Si recibe atención médica de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se encarguen de su atención lo más pronto posible.

Recibir atención médica de emergencia cuando no es una emergencia

A veces, puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica o conductual. Puede ir por atención médica de emergencia y que el médico diga que en realidad no existe tal emergencia.

Siempre y cuando usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en peligro grave, cubriremos la atención.

No obstante, una vez que el médico haya determinado que no se trataba de una emergencia, solo cubriremos su atención adicional si:

- usa a un proveedor de la red, **o**
- la atención adicional que recibe se considera "atención urgentemente necesaria", y cumple con las normas para recibirla. Consulte la siguiente sección.

I2. Atención de urgencia

La atención de urgencia es la atención que recibe por una situación que no es una emergencia, pero que necesita atención inmediata. Por ejemplo, puede tener un brote de una afección existente o una enfermedad o lesión imprevistas.

Atención de urgencia cuando está en el área de servicio de nuestro plan

En la mayoría de los casos, cubriremos la atención de urgencia solo en estas situaciones:

- recibe la atención de un proveedor de la red, **y**
- sigue las demás normas descritas en este capítulo.

Si no puede o no es razonable acceder a un proveedor de la red debido al momento, al lugar o a las circunstancias, cubriremos la atención de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Si necesita atención de urgencia, pero no está seguro de si se trata de una emergencia, llame primero a su PCP. Si no puede comunicarse con su PCP, llame a la Línea de enfermería 24/7 al **1-855-707-0850 (TTY 711)**. Su PCP o la enfermera lo ayudarán a decidir si necesita ir al consultorio del PCP, a un centro de atención de urgencia cercano o a la sala de emergencias.

Atención de urgencia cuando está fuera del área de servicio de nuestro plan

Cuando está fuera del área de servicio de nuestro plan, es posible que no pueda recibir atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubre la atención de urgencia que recibe de cualquier proveedor. Sin embargo, las consultas de rutina médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de necesidad urgente incluso si está fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no se encuentra disponible temporalmente.

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

I3. Atención durante una catástrofe

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

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo recibir la atención necesaria durante una catástrofe declarada: www.firstchoicevipcare.com.

Durante una catástrofe declarada, si no puede acceder a un proveedor de la red, puede recibir atención de un proveedor fuera de la red sin costo para usted. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante una catástrofe declarada, puede surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información.

J. Qué pasa si le facturan directamente a usted el costo de sus servicios cubiertos

No pague directamente los servicios que cubre Healthy Connections Medicaid.

Si pagó sus servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro* para saber qué hacer.

No pague la factura por su cuenta. Si lo hace, es posible que no podamos reembolsarle el pago.

J1. Qué hacer si nuestro plan no cubre servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se determina que son médicamente necesarios, **y**
- que están enumerados en el Cuadro de beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*)**, *y***
- que recibe al seguir las normas del plan.

Si recibe servicios que nuestro plan no cubre, **usted paga el costo total por su cuenta**.

Si quiere saber si pagamos algún servicio o atención médica, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a pedirlo por escrito. Si le informamos que no pagaremos por sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* explica qué hacer si quiere que cubramos un artículo o servicio médico. También le indica cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Llame a Servicios al Miembro para saber más sobre sus derechos de apelación.

Pagamos algunos servicios hasta cierto límite. Si sobrepasa el límite, usted debe pagar el costo total para recibir más de ese tipo de servicios. Consulte el **Capítulo 4** para información sobre límites específicos en los beneficios. Llame a Servicios al Miembro para informarse de cuáles son los límites de los beneficios y qué parte de sus beneficios ha utilizado ya.

K. Cobertura de servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica

K1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una manera en que los médicos prueban nuevos tipos de atención médica o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare suele solicitar voluntarios para participar en el estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la que no se relaciona con el estudio) a través de nuestro plan.

Si quiere formar parte de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita obtener aprobación de nosotros ni de su proveedor de atención primaria. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio **no** necesitan ser proveedores de la red. Esto no aplica a los beneficios cubiertos que requieren que un ensayo clínico o registro evalúe el beneficio, incluidos ciertos beneficios que necesiten cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos de investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y a otras normas del plan.

Usted debe informarnos antes de empezar a formar parte de un estudio de investigación clínica.

Si tiene previsto participar en un estudio de investigación clínica con cobertura para los miembros de Original Medicare, le recomendamos que usted o su coordinador de atención se comuniquen con Servicios al Miembro para informarnos que participará en un ensayo clínico.

K2. Pago de los servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si participa como voluntario en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos por el estudio. Medicare paga los servicios cubiertos por el estudio, así como los gastos habituales relacionados con su atención médica. Una vez que se suma a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cubierta la mayoría de los servicios y artículos que recibe como parte del estudio. Esto incluye:

- alojamiento y comida para la admisión hospitalaria que Medicare pagaría, aunque no estuviera en un estudio,
- una operación u otro procedimiento médico que es parte del estudio de investigación
- el tratamiento de cualquier efecto secundario y complicación causados por la nueva atención.

Si usted participa en un estudio que Medicare **no** ha aprobado, debe pagar los costos por estar en el estudio.

K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica, lea "Medicare & Clinical Research Studies" en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

L. De qué manera se cubren los servicios de atención médica en una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud

L1. Definición de una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud

Una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud es un lugar que brinda la atención que normalmente recibiría en un hospital o un centro especializado de enfermería. Si recibir atención en un hospital o en un centro especializado de enfermería va en contra de sus creencias religiosas, cubrimos la atención en una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud.

Este beneficio es solo para los servicios hospitalarios de la Parte A de Medicare (servicios no médicos del cuidado de la salud).

L2. Atención en una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud

Para recibir atención en una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud, debe firmar un documento legal que diga que está en contra de recibir tratamientos médicos “no exentos”.

- La atención o los tratamientos médicos "no exentos” se refieren a la atención o el tratamiento médico **voluntarios y no obligatorios** según la legislación federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exento” es cualquier atención o tratamiento **no voluntario y que es requerido** por las leyes federales, estatales o locales.

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

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos de la atención no religiosos.
- Si recibe servicios de esta institución que se brindan en un centro de atención de la salud:
  - Debe tener una afección que le permita recibir servicios cubiertos de atención médica hospitalaria para pacientes internados o atención en un establecimiento de enfermería especializada.
  - Debe obtener nuestra aprobación antes de ser admitido en el centro médico o su admisión **no** estará cubierta.

Se aplican límites de Medicare sobre la cobertura de la hospitalización. Consulte Atención hospitalaria para pacientes internados en el Cuadro de beneficios del **Capítulo 4.**

M. Equipo médico duradero (DME)

M1. DME como miembro de nuestro plan

Los DME incluyen algunos artículos médicamente necesarios adquiridos ordenados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistema de colchón eléctrico, insumos para la diabetes, camas de

hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Usted siempre será propietario de ciertos insumos, como las prótesis.

Debe alquilar otros tipos de DME. Como miembro de nuestro plan, **no** será propietario de los artículos de DME alquilados, independientemente del tiempo que los tenga que alquilar.

Aunque hubiera tenido el DME hasta 12 meses seguidos con Medicare antes de afiliarse a nuestro plan, **no** será propietario del equipo.

M2. Propiedad del DME si cambia a Original Medicare

En el programa de Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pasan a ser dueños luego de los 13 meses. En un plan D-SNP integrado en Medicare Advantage (MA) como el nuestro, el plan puede establecer el número de meses que las personas deben alquilar determinados tipos de DME antes de pasar a ser propietarios.

Deberá realizar 13 pagos consecutivos bajo Original Medicare, o el número de pagos consecutivos definidos por el plan de MA, para ser dueño del DME si:

- no pasó a ser propietario del DME mientras estaba en nuestro plan, **y**
- deja nuestro plan y recibe sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa Original Medicare o en un plan MA.

Si realizó pagos por el DME bajo Original Medicare o MA antes de unirse a nuestro plan, **esos pagos efectuados a Original Medicare o a MA no cuentan para los pagos que debe hacer luego de que deja nuestro plan**.

- Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos bajo Original Medicare o la cantidad de pagos consecutivos definidos por el plan de MA para ser dueño del DME.
- No hay excepciones a esta norma cuando regresa al plan de Original Medicare o a MA.

M3. Beneficios de equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si cumple los requisitos para recibir equipos de oxígeno cubiertos por Medicare, cubrimos:

- alquiler de equipos de oxígeno;

- entrega de oxígeno y recarga de los tanques de oxígeno;
- tubos y accesorios relacionados con la administración de oxígeno y tanques de oxígeno;
- mantenimiento y reparaciones de los equipos de oxígeno.

El equipo de oxígeno debe devolverse cuando ya no sea médicamente necesario para usted o si usted deja de estar afiliado a nuestro plan.

M4. Equipos de oxígeno cuando cambia a Original Medicare o a otro plan Medicare Advantage (MA)

Si tiene la necesidad médica de usar equipos de oxígeno y **deja nuestro plan y se cambia a Original Medicare**, debe alquilárselos a un proveedor por 36 meses. Los pagos mensuales del alquiler cubren los equipos de oxígeno y los suministros y servicios enumerados más arriba.

Si todavía tiene la necesidad médica de usar equipos de oxígeno **después de haberlos alquilado durante 36 meses**, su proveedor debe proporcionarle:

- equipos de oxígeno, suministros y servicios por otros 24 meses;
- equipos de oxígeno y suministros por hasta cinco años si tiene necesidad médica;

Si todavía tiene la necesidad médica de usar equipos de oxígeno **al finalizar el período de cinco años**:

- Su proveedor ya no está obligado a proporcionarlos y usted puede optar por reemplazar los equipos mediante otro proveedor.
- Inicia un nuevo período de 5 años.
- Usted alquila el equipo a otro proveedor por 36 meses.
- Su proveedor entonces le proporciona los equipos de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- Cada cinco años comienza un nuevo ciclo siempre y cuando siga teniendo la necesidad médica de usar equipos de oxígeno.

Si tiene la necesidad médica de usar equipos de oxígeno y **deja nuestro plan y se cambia a otro plan MA**, el plan cubrirá, al menos, lo que cubre Original Medicare. Puede preguntarle a su plan de MA qué equipos y suministros de oxígeno cubre y cuáles serán los costos que le corresponderán a usted.

Capítulo 4: Cuadro de beneficios

Introducción

Este capítulo brinda información sobre los servicios que cubre nuestro plan y las restricciones o límites sobre estos servicios. También menciona los beneficios que nuestro plan no cubre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Sus servicios cubiertos.....55

B. Normas contra proveedores que le cobran servicios 55

C. Acerca del Cuadro de beneficios de nuestro plan.....55

D. Cuadro de beneficios de nuestro plan.....60

E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan 115

F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Healthy Connections Medicaid 118

A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo le informa sobre los servicios que nuestro plan cubre. También puede informarse sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de farmacia está en el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro*. En este capítulo también se explican los límites que tienen algunos servicios.

Debido a que recibe ayuda de Healthy Connections Medicaid, no paga nada por los servicios cubiertos siempre que siga las normas del plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las normas del plan.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a Servicios al Miembro al **1-888-996-0499 (TTY 711)**.

B. Normas contra proveedores que le cobran servicios

No permitimos que nuestros proveedores le facturen servicios cubiertos en la red. Nosotros le pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos a usted de cualquier cobro. Esto se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio.

Usted nunca debe recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si esto pasa, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro* o llame a Servicios al Miembro.

C. Acerca del Cuadro de beneficios de nuestro plan

El Cuadro de beneficios indica los servicios que cubre el plan. (La cobertura de medicamentos está en el **Capítulo 5**.) Enumera los servicios cubiertos por orden alfabético y los explica.

Pagamos los servicios indicados en el Cuadro de beneficios cuando se cumplen las siguientes normas. Usted **no** paga nada por los servicios mencionados en el Cuadro de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos descritos abajo.

- Brindamos los servicios cubiertos de Medicare y Healthy Connections Medicaid según las normas establecidas por Medicare y Healthy Connections Medicaid.
- Los servicios (incluidos la atención médica, los servicios de salud conductual y de tratamiento del consumo de sustancias tóxicas, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, el equipamiento y los medicamentos) deben ser "médicamente necesarios". Médicamente necesario describe a los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que le evita ingresar a un hospital o a un

establecimiento de enfermería. También significa que los servicios, insumos o medicamentos cumplen con las normas aceptadas de práctica médica.

- Es posible que durante los primeros 90 días los nuevos miembros no tengan que solicitar autorización previa para ningún tratamiento en curso, incluso si el tratamiento corresponde a un servicio iniciado con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe la atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de atención de emergencia o de urgencia, o que su plan o un proveedor de la red le haya dado una derivación. Esto significa que le paga al proveedor el valor completo de los servicios fuera de la red que reciba. El **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* ofrece más información sobre cómo usar los proveedores de la red y fuera de la red.
- Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que le brinda y administra su atención.
- Cuando se inscribe en el plan por primera vez, puede continuar viendo a sus proveedores actuales durante 90 días o hasta que hayamos completado su evaluación integral y creado un plan de transición con el que esté de acuerdo. Si necesita continuar tratándose con proveedores fuera de la red una vez trascurridos los primeros 90 días en nuestro plan, solo le cubriremos esa atención médica si el proveedor firma un acuerdo de cobertura especial con nosotros. Un acuerdo por un solo caso es una excepción para tratar al proveedor como uno de la red. Si usted está recibiendo tratamiento continuo por parte de un proveedor fuera de la red, y piensa que este puede necesitar un acuerdo de caso único para que lo siga tratando, llame a Servicios al Miembro al **1-888-996-0499 (TTY 711)**. Estamos disponibles del 1.° de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana y del 1.° de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.
- Cubrimos algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios solo si su médico u otro proveedor de la red recibe primero nuestra aprobación. Esto se llama autorización previa. En el Cuadro de beneficios, indicamos los servicios cubiertos que requieren autorización previa (PA) mediante una nota a pie de página en cursiva. Además, debe obtener autorización previa para los siguientes servicios que no figuran en el Cuadro de beneficios:
    - Terapia con oxígeno hiperbárico
    - Bypass gástrico/gastroscopia vertical con banda

- Cirugía de párpados
- Procedimientos que podrían considerarse estéticos
- Servicios de trasplantes
- Cirugía de venas varicosas
- Instituciones religiosas no médicas para la atención de la salud (RNHCI)

- Si nuestro plan da su autorización previa para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida por una duración médicamente razonable y necesaria para evitar la interrupción de la atención en base a los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor a cargo.
- Como todos los planes médicos de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y usted 2027*. Consúltelo en línea en www.Medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Si Medicare agrega la cobertura de cualquier servicio nuevo en 2027, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirán los servicios.
- Si pierde su elegibilidad para South Carolina Healthy Connections Medicaid, pero se prevé que la recupere en un plazo de seis meses, continuaremos proporcionándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por First Choice VIP Care. Cuando finalice su cobertura de South Carolina Healthy Connections Medicaid, no pagaremos los beneficios de South Carolina Healthy Connections Medicaid incluidos en el Plan Estatal, ni pagaremos las primas de Medicare ni los costos compartidos de los que el estado sería responsable si usted no hubiese perdido su elegibilidad para Medicaid. El monto que usted paga por los servicios cubiertos de Medicare puede aumentar durante este período. Puede obtener más información llamando a SC Thrive al 1-800-726-8774 o a Servicios al Miembro de First Choice VIP Care al **1-888-996-0499 (TTY 711).**
- Le ayudaremos a recuperar su elegibilidad para South Carolina Healthy Connections Medicaid. Si se restablece su elegibilidad para South Carolina Healthy Connections Medicaid mientras siga afiliado a nuestra cobertura de Medicare, reanudaremos el pago de sus beneficios de South Carolina Healthy Connections Medicaid y su afiliación con nosotros continuará. Si no puede recuperar su elegibilidad para South Carolina Healthy Connections Medicaid en un plazo de seis meses, le daremos de baja de First Choice

VIP Care. Si recupera su elegibilidad para South Carolina Healthy Connections Medicaid después de haber sido dado de baja, deberá comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

Información importante sobre los beneficios para los miembros con ciertas afecciones crónicas.

- Si usted tiene alguna/s de las siguientes afecciones crónicas indicadas a continuación y cumple con ciertos criterios médicos, puede tener derecho a los beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos:
  - Trastornos cardiovasculares, afecciones de salud mental crónicas e incapacitante, enfermedad gastrointestinal crónica (limitada a enfermedad hepática terminal), trastornos pulmonares crónicos (limitados al trastorno pulmonar obstructivo crónico), insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad de tejido conectivo, demencia, diabetes mellitus, sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico y derrame cerebral.
  - La afección debe ser mortal o limitar en gran medida la salud o función general del miembro; el miembro debe correr un alto riesgo de hospitalización u otros resultados médicos adversos, y el miembro debe necesitar la coordinación de cuidados intensivos. El plan revisará criterios objetivos para determinar la elegibilidad de un miembro. Los miembros deben cumplir con al menos uno de los siguientes:
    - Haber tenido una o más hospitalizaciones (incluso de salud conductual) por la afección crónica en los últimos 12 meses.
    - Haber acudido una o más veces a un centro de urgencias o a una sala de emergencias por motivos relacionados con su enfermedad crónica en los últimos 12 meses.
    - Haber tenido dos o más consultas ambulatorias por la afección crónica (incluso consultas de atención primaria o de atención especializada) en los últimos 12 meses.
    - Ser un paciente que requiere visitas de atención domiciliaria por la afección crónica.
    - Ser un paciente con una o más afecciones crónicas y una necesidad de una o más piezas de equipo médico duradero (DME) en un entorno ambulatorio, limitado al grupo 3 de sillas de ruedas eléctricas/manuales,

ventilación no invasiva (NIV), máquinas de bipap, dispositivo de insuflación-exsuflación mecánica, o un colchón del grupo 2 o del grupo 3.

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

Todos los servicios preventivos son gratuitos. Esta manzana muestra los servicios preventivos en el Cuadro de beneficios médicos.

D. Cuadro de beneficios de nuestro plan

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Examen para la detección de aneurisma aórtico abdominal Pagaremos un único ultrasonido a las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y obtiene una derivación de su médico, auxiliar médico (PA), enfermero profesional (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS).	$0
	Acupuntura Pagamos hasta 12 visitas de acupuntura en 90 días si tiene dolor crónico de espalda baja, que tiene las siguientes características: • dura 12 semanas o más; • no es específico (no tiene una causa sistémica que pueda ser identificada, es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no está asociado a una cirugía; • no está asociado a un embarazo. Además, pagaremos ocho sesiones adicionales de acupuntura para el dolor lumbar crónico si muestra signos de mejoría. No puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico al año. Los tratamientos de acupuntura deben ser suspendidos si no mejora o si empeora. Requisitos para los proveedores: Los médicos pueden practicar la acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Acupuntura (continuación) Los asistentes médicos (PA), los enfermeros profesionales (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) y el personal auxiliar pueden realizar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen: • un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una facultad acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM), y • una licencia actualizada, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en el estado, territorio o Commonwealth (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que realiza la acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, un PA o un NP/CNS, tal como lo requieren nuestros reglamentos. El plan también cubre 6 sesiones adicionales de acupuntura de rutina al año.	
	Detección y asesoramiento para tratar el consumo de alcohol Pagamos un examen de detección de abuso de alcohol en adultos que consumen alcohol en exceso pero que no son dependientes. Esto incluye a mujeres embarazadas. Si el resultado del examen por abuso de alcohol es positivo, podrá recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento, en persona, una vez al año (si está dispuesto y atento durante las sesiones) con un proveedor de atención primaria (PCP) calificado o un profesional médico en un entorno de atención primaria.	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea en situaciones de emergencia o que no lo sean, incluyen el transporte terrestre y aéreo (en avión y helicóptero), así como los servicios de ambulancia. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano donde puedan darle atención. Su afección debe ser tan grave que, de llevarlo a algún lugar por otros medios, podría estar en riesgo su vida o su salud. Los servicios de ambulancia para otros casos (no de emergencia) deben tener nuestra aprobación. En los casos que no sean de emergencia, es posible que cubramos el coste de la ambulancia. Su afección debe ser tan grave que, de llevarlo a algún lugar por otros medios, podría estar en riesgo su vida o su salud. *Puede requerirse autorización previa para los servicios de ambulancia terrestre y aérea. No se requiere para los servicios de ambulancia de emergencia.*	$0
	Visita anual de rutina Puede tener un chequeo anual. Este chequeo tiene como fin actualizar o desarrollar un plan preventivo según sus factores de riesgo actuales. Pagaremos este chequeo una vez cada 12 meses. **Nota:** su primera visita anual de rutina no puede realizarse dentro de los primeros 12 meses desde su visita de **bienvenida a Medicare**. Sin embargo, no necesita realizar una visita de **bienvenida a Medicare** para tener visitas anuales de rutina después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	$0
	Medición de la masa ósea Pagamos ciertos procedimientos para los miembros que **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Medición de la masa ósea (continuación) cumplan con los requisitos (normalmente, personas con riesgo de perder masa ósea o riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, encuentran si hay pérdida ósea o determinan la calidad de los huesos. Pagamos los servicios una vez cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios. También pagaremos a un médico que estudie y comente los resultados.	
	Pruebas de detección del cáncer de mama (mamografías) Pagamos los servicios siguientes: • una mamografía de referencia entre los 35 y los 39 años; • una mamografía cada 12 meses para mujeres de 40 años o más; • exámenes médicos de mamas una vez cada 24 meses.	$0
	Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) Pagamos los servicios de rehabilitación del corazón, como ejercicios físicos, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones y tener una orden de un médico. Cubrimos estos programas integrales si ha padecido al menos una de estas afecciones: • infarto en los últimos 12 meses; • cirugía de bypass coronario; • angina de pecho estable (dolor torácico) • reparación o reemplazo de válvula cardíaca; **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) (continuación) • angioplastia coronaria (una intervención médica que se utiliza para desobstruir una arteria) o implantación de un stent coronario (una intervención que se utiliza para mantener abierta una arteria); • trasplantes de corazón y pulmón; • insuficiencia cardíaca crónica estable. Limitaciones en la cobertura: Puede recibir hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede realizar dos sesiones al día (cada una de una hora de duración), y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si cumple los requisitos, es posible que pueda recibir 36 sesiones más, que pueden repartirse a lo largo de un periodo de tiempo más prolongado. *Se requiere autorización previa.*	
	Visita para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades del corazón) Pagamos una visita al año, o más si es médicamente necesario, a su proveedor de atención primaria (PCP) para ayudarlo a reducir su riesgo de enfermedades del corazón. Durante esta visita ***o*** visitas, su médico puede hacer lo siguiente: • hablarle sobre el uso de la aspirina; • revisar su presión arterial, **y/o** • darle consejos para asegurarse de que esté comiendo bien.	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares (corazón) Pagamos análisis de sangre cada cinco años (60 meses) para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también permiten detectar defectos asociados a un alto riesgo de padecer enfermedades cardíacas.	$0
	Pruebas de detección del cáncer de cuello uterino y vaginal Pagamos los servicios siguientes: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Para las mujeres en alto riesgo de cáncer de cuello uterino o vaginal: pruebas de Papanicolaou cada 12 meses. • Para mujeres que hayan tenido una prueba de Papanicolaou con resultados anómalos dentro de los últimos tres años y estén en edad de procrear: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	$0
	Servicios quiroprácticos Pagamos los servicios siguientes: • Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación. Hasta un total de 12 sesiones de atención quiropráctica de rutina (no Medicare) médicamente necesarias al año.	$0
	Pruebas de detección de cáncer colorrectal Pagamos los servicios siguientes: • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y se cubre una vez cada 120 meses (diez años) para los pacientes que no tengan un alto riesgo, o cada **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Pruebas de detección de cáncer colorrectal (continuación) 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no tengan un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no presenten un riesgo elevado de cáncer colorrectal está cubierta cuando hayan pasado al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última prueba de detección mediante colonografía por tomografía computarizada, o cuando hayan transcurrido 47 meses desde el mes en que se realizó la última prueba de detección mediante sigmoidoscopia flexible o colonoscopia. Para los pacientes que corren un alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, se puede hacer el pago por una colonografía por tomografía computarizada realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en que se hizo la última colonografía por tomografía computarizada o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no corran un alto riesgo después de haberse hecho una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan con criterios de alto riesgo. Una vez cada tres años. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Pruebas de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan con criterios de alto riesgo. Una vez cada tres años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección del cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare muestre un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia planificada que involucra la eliminación de tejido u otra materia, u otro procedimiento hecho en relación con el mismo encuentro clínico, o como resultado de este, donde se llevó a cabo la prueba de detección.	
	Servicios odontológicos Algunos servicios odontológicos están disponibles a través del programa odontológico de Healthy Connections Medicaid. First Choice VIP Care pagará por los siguientes servicios: • procedimientos médicos de emergencia realizados por cirujanos orales. • procedimientos odontológicos relativos a lo siguiente: o trasplantes de órganos o oncología **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Servicios odontológicos (continuación) o radiación de cabeza y/o cuello como tratamiento contra el cáncer o quimioterapia para tratamiento contra el cáncer o reemplazo total de articulaciones o reemplazo de válvula cardíaca o tratamiento de traumatismo realizado en un hospital o centro quirúrgico para pacientes ambulatorios Pagamos algunos servicios odontológicos cuando el servicio forma parte esencial del tratamiento específico de la enfermedad principal de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales de preparación para el tratamiento con radiación del cáncer que implica la mandíbula o los exámenes bucales antes de un trasplante de órgano. Nuestro plan también cubre los siguientes beneficios: **Servicios odontológicos preventivos** Exámenes orales: 1 cada 6 meses Limpieza: 1 cada 6 meses Tratamiento con flúor: 1 cada 6 meses Radiografías odontológicas: • 1 radiografía de toda la boca y 1 radiografía panorámica cada 5 años • Hasta 6 radiografías de mordida o periapicales cada año **Servicios odontológicos integrales (lista no exhaustiva):** Hasta un límite combinado de $2,000 por año para: • Restauraciones menores (empastes). **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Servicios odontológicos (continuación) • Endodoncia (1 por pieza dental de por vida). Se aplican límites al servicio. Se requieren radiografías pre y postoperatorias. • Periodoncia: Desbridamiento, una vez por año. Se aplican límites al servicio. • Raspado cuando existe inflamación gingival una vez al año. • Raspado y alisado radicular: 1 cada 24 meses por cuadrante. • Dentaduras postizas (1 por arco cada 5 años). • Reparación y alineación de dentaduras postizas (1 por año). • Servicios de implantes: Miniimplantes (solo arco inferior) y dentadura postiza soportada por implante (solo arco inferior) (1 cada 5 años). • Prótesis fijas: coronas (1 cada 5 años por diente). No más de 4 por año calendario con no más de 2 coronas por arco por año. • Cirugía oral y maxilofacial • Extracciones (1 por pieza dental de por vida) • La anestesia está cubierta en las siguientes situaciones: Extracciones de muelas del juicio; 2 o más extracciones quirúrgicas en 2 o más cuadrantes; 4 o más extracciones quirúrgicas en 1 cuadrante; documentación que acredite ansiedad situacional; documentación y descripción de la necesidad médica respaldadas por la historia clínica presentada (afecciones cardíacas, parálisis cerebral, epilepsia u otra afección que impida al paciente cooperar). • Puede utilizar óxido nitroso para determinados servicios dentales cubiertos **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Servicios odontológicos (continuación) como empastes, coronas, endodoncias y extracciones (excepto las muelas del juicio), entre otros. Los puentes fijos soportados por implantes y el resto de implantes dentales, salvo los miniimplantes, no están cubiertos. *Se requiere autorización previa para los servicios odontológicos integrales.*	
	Examen de detección de depresión Pagamos un examen para detectar la depresión cada año. Las pruebas se deben hacer en un ámbito de atención primaria donde usted pueda recibir tratamiento de seguimiento y/o derivaciones.	$0
	Prueba de detección de diabetes Pagamos esta prueba (que incluye las pruebas de glucosa en ayunas) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: • presión arterial alta (hipertensión) • antecedentes de niveles de colesterol y triglicéridos anormales (dislipidemia) • obesidad • antecedentes de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa) En algunos casos, estas pruebas se pueden cubrir, por ejemplo, si usted tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Puede cumplir con los requisitos para un máximo de dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	$0

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Capacitación en autoadministración, servicios e insumos para la diabetes Pagamos los siguientes servicios para todas las personas que tengan diabetes (usen o no insulina): • Insumos para controlar la glucosa en sangre, que incluye lo siguiente: o un monitor de glucosa en sangre o tiras reactivas para controlar la glucosa en sangre o lancetas y dispositivos para lancetas o preparados para el control de la glucosa para comprobar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores • Para las personas con diabetes que tengan pie diabético grave, pagamos lo siguiente: o un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (plantillas incluidas), con la prueba de ajuste incluida, y dos pares adicionales de plantillas por año calendario, **o** o un par de zapatos de profundidad, con la prueba de ajuste incluida, y tres pares de plantillas por año (no incluye plantillas removibles que no estén hechas a medida ofrecidas con estos zapatos) • En algunos casos, pagamos la capacitación para ayudarle a controlar su diabetes. Para obtener más información, póngase en contacto con Servicios al Miembro. Los suministros y servicios para la diabetes se limitan a fabricantes específicos. *Las marcas no preferidas y todos los monitores continuos de glucosa requerirán autorización previa.*	Las marcas preferidas tienen un copago de $0. 20% de coseguro que puede ser facturado a su plan de Medicaid por: • Marcas no preferidas de productos para la diabetes • Todos los monitores continuos de glucosa (tanto los preferidos como los no preferidos) y los accesorios correspondientes • $0 de coseguro para la capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Equipo médico duradero (DME) e insumos relacionados Consulte el **Capítulo 12** de este *Manual del Miembro* para obtener una definición de "Equipo médico duradero (DME)". Cubrimos los siguientes servicios: • sillas de ruedas • muletas • sistema de colchón eléctrico • insumos para diabéticos • camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar • bombas de infusión intravenosa (IV) y soportes • dispositivos de generación del habla • equipo y suministros de oxígeno • nebulizadores • andadores • mango curvo estándar o bastón de cuatro patas y accesorios de recambio • tracción cervical (para colocar en la puerta) • estimulador óseo • equipo para el cuidado de la diálisis Otros artículos podrían estar cubiertos. Pagamos todo DME médicamente necesario que Medicare y Healthy Connections Medicaid normalmente paguen. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante determinados, podría preguntarles si es posible que realicen un pedido especial para usted. *Se puede requerir una autorización previa para:* **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es de $0 por mes.

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Equipo médico duradero (DME) e insumos relacionados (continuación) • *Los artículos de DME cubiertos por Medicare por un valor superior a $750 para la compra.* • *Artículos de alquiler y alquiler con opción a compra.* *Se requiere autorización previa para* • *La compra de todas las sillas de ruedas (motorizadas y manuales) y todos los accesorios de sillas de ruedas (componentes) sin importar el costo por artículo.*	
	Atención médica de emergencia "Atención médica de urgencia" significa que los servicios son: • ofrecidos por un proveedor capacitado para prestar servicios de urgencia, • necesarios para evaluar o tratar una emergencia médica. Una emergencia médica puede ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que empeora rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que resulte en alguno de los siguientes: • riesgo serio para su vida o *la de su hijo que no ha nacido*, **o** • daño serio a sus funciones físicas, **o** • pérdida de una extremidad o pérdida de la función de una extremidad. • En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando: **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 Si recibe atención médica de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención médica hospitalaria después de que su emergencia ha sido estabilizada, deberá trasladarse a un hospital de la red para que sigamos pagando por su atención. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para recibir atención médica hospitalaria solo si nuestro plan aprueba su admisión.

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Atención médica de emergencia (continuación) o No hay suficiente tiempo para transferirla de manera segura a otro hospital antes del parto. o Transferirla a otro hospital podría suponer un riesgo para su salud o seguridad o la del niño por nacer. Existe un límite combinado de $50,000 (USD) al año para emergencias, servicios de atención de urgencia y servicios de ambulancia de emergencia brindados fuera de los Estados Unidos y sus territorios.	
	Servicios de planificación familiar La ley le permite elegir cualquier proveedor —ya sea de la red o fuera de ella— para determinados servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar. Pagamos los servicios siguientes: • examen y tratamiento médico de planificación familiar; • pruebas de laboratorio y de diagnóstico para la planificación familiar; • métodos de planificación familiar (DIU, implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parche o anillo); • suministros para la planificación familiar con receta médica (condones, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón cervical); • asesoramiento y diagnóstico de infertilidad, y servicios relacionados; • asesoramiento, exámenes y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS); **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Servicios de planificación familiar (continuación) • asesoramiento y pruebas de VIH y SIDA, así como de otras afecciones relacionadas con el VIH; • métodos anticonceptivos permanentes (Usted debe tener 21 años o más para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario federal de consentimiento para la esterilización al menos 30 días, pero no más de 180 días, antes de la fecha de la intervención quirúrgica.); • orientación genética; También pagamos algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe usar un proveedor de nuestra red de proveedores para recibir los siguientes servicios: • tratamiento para afecciones relativas a la infertilidad (Este servicio no incluye métodos artificiales de embarazo.); • tratamiento del SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH; • pruebas genéticas.	

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Programas de educación para la salud y el bienestar SilverSneakers® es un beneficio de salud física sin cargo que incluye el acceso a los centros de actividad física participantes, recursos de bienestar en línea y clases de SilverSneakers®.	$0
	Servicios para la audición Pagamos las pruebas de audición y de equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas indican si necesita tratamiento médico. Se cubren como atención médica ambulatoria si las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. Nuestro plan también cubre los siguientes beneficios: Cada compra de un audífono de NationsHearing incluye tres (3) visitas de seguimiento para la adaptación y los ajustes. Las tres (3) visitas pueden utilizarse en el plazo de un año a partir de la fecha de adaptación inicial de la compra de un audífono de NationsHearing, siempre que el miembro esté inscrito en el plan. El beneficio de audífonos con receta médica incluye hasta dos (2) audífonos (1 por oído) cada tres años para determinados niveles tecnológicos de audífonos a través de NationsHearing, sin costo alguno para el miembro. Todos los audífonos ofrecidos a través de NationsHearing incluyen: • 60 días de período de prueba con garantía de devolución del 100% del importe (sin gastos de reposición) • 1 ajuste por cada audífono • 3 consultas de seguimiento en el plazo de un año a partir de la fecha del ajuste • 3 años de suministro de baterías para (para audífonos no recargables, hasta 60 pilas por oído al año) **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Servicios para la audición (continuación) • 3 años de garantía completa del fabricante, incluida una sustitución única en caso de pérdida o daño de los Audífonos • Moldes auriculares (primer juego, cuando sea necesario) • Asistencia ilimitada y continua para los miembros a través de NationsHearing	
	Prueba de detección del VIH Pagamos una prueba de detección del VIH cada 12 meses a: • quienes soliciten una prueba de VIH, **o** • quienes tengan un alto riesgo de infección por VIH. Si está embarazada, pagamos hasta tres pruebas de VIH durante el embarazo.	$0
	Agencia para el cuidado médico domiciliario Antes de que pueda recibir los servicios médicos en el hogar, un médico debe decirnos que los necesita, y una agencia para el cuidado médico domiciliario debe prestar estos servicios. Debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de su casa representa un gran esfuerzo. Pagaremos los siguientes servicios y, posiblemente, por otros servicios no enumerados aquí: • servicios de jornada parcial o intermitentes de enfermería especializada y de asistente para la salud en el hogar (para que los servicios de enfermería especializada y de asistencia médica estén cubiertos de acuerdo con el beneficio de atención médica en el hogar, el tiempo total combinado debe ser de menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana); • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla; • servicios médicos y sociales; • equipos e insumos médicos. *Puede requerirse autorización previa.*	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Terapia de infusión a domicilio El plan pagará las terapias de infusión a domicilio, que se definen como la administración de medicamentos o sustancias biológicas a través de las venas o aplicadas bajo la piel en su hogar. Se necesita lo siguiente para llevar a cabo la terapia de infusión a domicilio: • el medicamento o la sustancia biológica, como un antiviral o inmunoglobulina; • equipos, como una bomba, **y** • suministros, como vías o un catéter. Nuestro plan cubre servicios de infusión a domicilio que incluyen, entre otros: • servicios profesionales, que incluyen servicios de enfermería, prestados de acuerdo con su plan de atención; • capacitación y educación del miembro si ya no vienen incluidas en el beneficio de DME; • monitoreo remoto, **y** • los servicios de control para la administración de la terapia de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor de terapia de infusión a domicilio calificado. *Puede requerirse autorización previa.*	Consulte la sección Medicamentos de la Parte B de Medicare, equipos médicos duraderos (DME) y servicios médicos/de proveedores para obtener más información sobre lo que debe pagar.
	Cuidados paliativos para enfermos terminales Tiene derecho a elegir atención para enfermos terminales si su proveedor y el director de atención para enfermos terminales determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y su expectativa de vida es de seis meses o menos. Puede recibir atención de cualquier programa de atención para enfermos terminales certificado por Medicare. Nuestro debe ayudarlo a encontrar **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Cuidados paliativos para enfermos terminales (continuación) programas de atención para enfermos terminales certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos nuestros propios programas o aquellos que controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de atención para enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • medicamentos para tratar los síntomas y el dolor; • atención de relevo a corto plazo; • atención domiciliaria. Cuando se lo admite en un centro de atención para enfermos terminales, usted tiene derecho a permanecer en nuestro plan. **Para los servicios de atención para enfermos terminales y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare relacionados con su pronóstico terminal y que son facturados a Medicare:** • Original Medicare (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de atención para enfermos terminales por sus servicios y cualquier otro servicio de la Parte A y B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de atención para enfermos terminales, su proveedor de atención para enfermos terminales le facturará a Original Medicare los servicios que paga Original Medicare. **Para los servicios cubiertos por nuestro plan sin cobertura de la Parte A o B de Medicare:** • Nuestro plan cubre los servicios que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare. Cubrimos los servicios, incluso si no se relacionan con su pronóstico terminal. Usted no pagará nada por estos servicios. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Cuidados paliativos para enfermos terminales (continuación) **Para los medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan:** • Los medicamentos nunca están cubiertos por el plan de atención para enfermos terminales y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro.* **Nota:** Si necesita atención que no sea de cuidados paliativos para enfermos terminales, llame a su coordinador de atención y/o al servicio de atención a los miembros para coordinar los servicios. La atención que no es de cuidados paliativos para enfermos terminales es la que no está relacionada con su pronóstico terminal.	
	Vacunas Pagamos los servicios siguientes: • vacuna contra la neumonía; • vacunas contra la gripe/influenza, una vez por temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si son médicamente necesarias; vacuna contra la hepatitis B si nunca recibió una serie completa de vacunación, si no conoce su historial de vacunación o si padece alguna otra afección que le exponga a un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B; • vacunas contra la COVID-19; • otras vacunas si está en riesgo y las vacunas cumplen con las normas de cobertura de Medicare Parte B. Pagamos otras vacunas que cumplan con las normas de cobertura de la Parte D de Medicare. Consulte el **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro* para obtener más información.	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Atención médica hospitalaria para pacientes internados Incluye la hospitalización del paciente agudo, hospitalización para rehabilitación, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización. La atención médica hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que es formalmente admitido en el hospital por orden del médico. El día anterior a recibir el alta es su último día de hospitalización. Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios no enumerados aquí: • habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • comidas, incluidas dietas especiales • servicios de enfermería habituales • costos de las unidades de cuidados especiales (como la unidad de cuidados intensivos o unidad coronaria) • medicamentos y fármacos • análisis de laboratorio • radiografías y otros servicios de radiología • insumos médicos y quirúrgicos necesarios • aparatos, como sillas de ruedas • servicios de sala de operaciones y de recuperación • fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • servicios para pacientes hospitalizados por consumo de sustancias tóxicas **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 por admisión Debe obtener aprobación de nuestro plan para recibir atención como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red una vez que emergencia esté estabilizada.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención médica hospitalaria para pacientes internados (continuación) • en algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre y trasplantes intestinales y multiviscerales. Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para que se le haga uno. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, usted podrá obtener estos servicios de trasplante localmente o fuera del área de atención para su comunidad. Si nuestro plan brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del área de servicios para nuestra comunidad, y usted decide recibir el trasplante allí, nos ocuparemos o pagaremos los costos del viaje y alojamiento para usted y otra persona. • sangre, incluyendo su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos solo comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar el costo de las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario o usted o alguien más deben donar la sangre. Los demás componentes de sangre están cubiertos desde la primera pinta. • servicios de médico **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Atención médica hospitalaria para pacientes internados (continuación) **Nota:** Para ser admitido en el hospital, su proveedor debe escribir una orden para internarlo formalmente en el hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es probable que aún se lo considere un paciente "ambulatorio". Si no sabe bien si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare llamada Beneficios hospitalarios de Medicare, disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. *Se requiere autorización previa.*	
	Servicios hospitalarios en un hospital psiquiátrico Pagamos servicios de atención médica psiquiátrica que requieran una admisión hospitalaria. Límite de 190 días de por vida para la atención médica en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de atención médica psiquiátrica para pacientes internados que se brindan en la unidad psiquiátrica de un hospital general. *Se requiere autorización previa.*	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Estadía hospitalaria: Servicios cubiertos en un establecimiento de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta No pagamos su estadía hospitalaria si ha agotado todos sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la estadía no es razonable ni médicamente necesaria. No obstante, en determinadas situaciones en las que la atención hospitalaria no esté cubierta, es posible que paguemos los servicios que reciba mientras se encuentre en un hospital o en un establecimiento de enfermería. Para obtener más información, póngase en contacto con Servicios al Miembro. Pagaremos los siguientes servicios y, posiblemente, por otros servicios no enumerados aquí: • servicios de médico • pruebas de diagnóstico, como análisis de laboratorio **Estadía hospitalaria: Servicios cubiertos en un hospital o establecimiento de enfermería especializada (SNF) durante una estadía hospitalaria no cubierta (continuación)** • radiografías, radioterapia y terapia de isótopos, lo que incluye materiales y servicios de técnico • apósitos quirúrgicos • férulas, yesos y otros dispositivos para fracturas y dislocaciones • dispositivos ortopédicos y protésicos no dentales, lo que incluye reemplazos o reparaciones de dichos dispositivos. Son dispositivos que reemplazan todo o parte de: **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Estadía hospitalaria: Servicios cubiertos en un establecimiento de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta (continuación) o un órgano interno (lo que incluye el tejido contiguo), **o** o la función de un órgano interno que no funciona o funciona mal. • aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, armazones y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a ruptura, desgaste, pérdida o un cambio en su afección fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	
	Servicios e insumos para tratar enfermedades renales Pagamos los servicios siguientes: • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar acerca del cuidado de los riñones y ayudarlo a tomar buenas decisiones sobre su atención. Debe estar en la etapa IV de una enfermedad renal crónica y su médico deberá darle una derivación. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales. • Tratamientos de diálisis ambulatorios, incluida la diálisis **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios e insumos para tratar enfermedades renales (continuación) cuando está temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro*, o cuando su proveedor para este servicio no esté disponible ni accesible temporalmente. • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados si lo admiten como paciente hospitalizado para recibir atención especial • Capacitación para hacerse diálisis a usted mismo, que incluye capacitación para usted y otra persona que lo ayude en su hogar con sus tratamientos de diálisis • Equipo e insumos para hacerse diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo a domicilio, como las visitas necesarias de personas capacitadas en diálisis para que revisen la diálisis que se está haciendo en su hogar, lo ayuden en casos de urgencia y revisen su equipo de diálisis y suministro de agua. La Parte B de Medicare paga ciertos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte "Medicamentos de la Parte B de Medicare" en este cuadro.	
Detección del cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Nuestro plan cubre pruebas de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted: • tiene entre 50 y 77 años, **y** • tiene una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas con su médico u otro proveedor calificado, **y** **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Detección del cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) (continuación) • ha fumado al menos un paquete por día durante 20 años sin síntomas de cáncer de pulmón o fuma ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. Luego de la primera prueba de detección, nuestro plan paga otra prueba de detección cada año con una orden escrita de su médico u otro proveedor calificado. Si un proveedor elige ofrecer una visita de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y toma de decisiones compartidas para las consultas sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para tales visitas.	
	Comidas El beneficio de comidas posteriores al alta cubre 14 comidas en el transcurso de una semana para miembros calificados confinados en sus hogares dentro de los 30 días de recibir el alta de un centro médico o de un establecimiento de enfermería especializada como pacientes hospitalizados hasta cuatro veces al año. Se requiere derivación.	$0
	Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal pero que no reciben diálisis. También es para luego de un trasplante de riñón cuando su médico lo prescribe. Pagamos tres horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición bajo Medicare Podríamos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Terapia de nutrición médica (continuación) Después de eso, nosotros pagamos dos horas de servicios de asesoramiento personalizado por año. Si su enfermedad, tratamiento o diagnóstico cambian, podría recibir más horas de tratamiento con una orden del médico. Un médico deberá indicar estos servicios y renovar la orden cada año si necesita tratamiento en el siguiente año calendario. Podríamos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.	
	Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Nuestro plan paga los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) a personas que cumplen con los requisitos. El MDPP es un programa creado para ayudar a los miembros a hacer cambios saludables en su estilo de vida. Ofrece capacitación práctica en estos aspectos: • cambio en su dieta a largo plazo, **y** • aumento en la actividad física, **y** • maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	$0
	Medicamentos de la Parte B de Medicare Las categorías de medicamentos de la Parte B que se indican a continuación pueden estar sujetas a **Este beneficio continúa en la página siguiente**	0% de coseguro por medicamentos preferidos de insulina de la Parte B. 20% o $35, el que sea menor por medicamentos de insulina de la Parte B.

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) la terapia escalonada de la Parte B. Visite www.firstchoicevipcare.com/provider/resources/clinical para consultar la lista de medicamentos que pueden estar sujetos a la terapia escalonada de la Parte B. Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Nuestro plan paga los medicamentos siguientes: • medicamentos que en general no se administra usted mismo y que son inyectados o administrados por vía intravenosa mientras recibe servicios de un médico como paciente ambulatorio en un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria • insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • otros medicamentos que toma usando equipos médicos duraderos (como nebulizadores) que nuestro plan autorizó • la droga para el Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), que se administra de manera intravenosa (IV). Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite análisis y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento. Hable con su médico sobre los análisis y las pruebas que puede necesitar como parte de su tratamiento. • factores de coagulación que usted mismo se inyecta si tiene hemofilia **Este beneficio continúa en la página siguiente**	0% de coseguro por medicamentos preferidos de la Parte B para quimioterapia/radioterapia. 20% por medicamentos no preferidos de la Parte B para quimioterapia/radioterapia. 0% de coseguro por Otros medicamentos de la Parte B de Medicare preferidos. 20% por Otros medicamentos de la Parte B de Medicare no preferidos. Algunos medicamentos tienen un coseguro del 20% bajo la Parte B. Sin embargo, debe entregar su tarjeta de Medicaid a su farmacéutico para que facture ese coseguro del 20% a su proveedor de Medicaid.

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre la terapia farmacológica para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y la Parte B al recibir los medicamentos inmunosupresores. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • medicamentos inyectables para la osteoporosis. Pagamos estos medicamentos si está confinado a su hogar y tiene una fractura que un médico certifique que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica, y no pueda administrarse el medicamento usted misma • algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona con instrucción adecuada (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo supervisión apropiada • ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible de forma inyectable o el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que nuevos medicamentos orales contra el cáncer estén disponibles, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas utilizados como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las primeras 48 horas posteriores a la quimioterapia o si se utilizan como sustituto terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • ciertos medicamentos orales para enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos bajo la Parte B de Medicare • medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato bajo el sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar • ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, que incluyen heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario) y anestésicos tópicos • agentes estimuladores de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina por inyección si tiene una ESRD o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit® Epoetina Alfa, Aranesp®, Darbepoetina Alfa®, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epotina beta) • inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria • nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) El siguiente enlace lo lleva a una lista de medicamentos de la Parte B de Medicare que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: www.firstchoicevipcare.com/provider/resources/clinical. También cubrimos algunas vacunas bajo nuestra Parte B de Medicare y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de farmacia de la Parte D de Medicare. El **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* explica nuestro beneficio de farmacia. Explica las normas que debe seguir para que se cubran sus medicamentos bajo receta. El **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro* explica lo que paga por sus medicamentos como a través de nuestro plan. *Puede requerirse autorización previa.*	
	Línea de enfermería Un sistema de acceso sin cargo, las 24 horas, los siete días de la semana, a una enfermera registrada que puede responder sobre inquietudes de salud. El número de la Línea de enfermería 24/7 es **1-855-707-0850 (TTY 711)**. La llamada es gratuita. Tenemos servicios de intérprete sin cargo para las personas que no hablan inglés.	$0
	Pruebas de evaluación y tratamiento de la obesidad para mantener el descenso de peso Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos el asesoramiento intensivo para ayudar a que baje de peso. Debe recibir el asesoramiento en un ámbito de atención primaria. De ese modo, puede ser **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Pruebas de evaluación y tratamiento de la obesidad para mantener el descenso de peso (continuación) gestionado con su plan de prevención integral. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información. Ciertos medicamentos para tratar la obesidad están cubiertos por el programa Healthy Connections Medicaid para los miembros que cumplan los criterios clínicos. Se requiere autorización previa.	
	Servicios del programa de tratamiento por uso de opioides (OTP) Nuestro plan cubre los siguientes servicios para tratar el trastorno por uso de opioides (OUD) a través de un OTP, que incluye los siguientes servicios: • actividades de admisión • evaluaciones periódicas • medicamentos aprobados por la FDA y, si corresponde, la gestión y la administración de dichos medicamentos • asesoramiento por consumo de sustancias tóxicas • terapia individual y grupal • pruebas para detectar drogas o sustancias químicas en el cuerpo (pruebas toxicológicas)	$0
	Exámenes de diagnóstico y servicios e insumos terapéuticos como paciente ambulatorio Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios no enumerados aquí: • radiografías **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Exámenes de diagnóstico y servicios e insumos terapéuticos como paciente ambulatorio (continuación) • terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos los materiales e insumos del técnico • insumos quirúrgicos, como apósitos • férulas, yesos y otros dispositivos para fracturas y dislocaciones • análisis de laboratorio • sangre, incluido su almacenamiento y administración • pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones cuando su médico u otro proveedor médico las ordene para tratar una afección • otras pruebas de diagnóstico ambulatorias *No todos los procedimientos, las pruebas y los servicios de laboratorio ambulatorios para diagnóstico requerirán autorización previa. La mayoría de los servicios de laboratorio no requieren autorización previa. Algunos servicios de laboratorios especializados (por ejemplo, servicios de laboratorio para análisis genéticos) pueden requerir autorización previa. Pida a su proveedor que llame al plan para confirmar si es necesaria una autorización previa.* *No todos los servicios ambulatorios de diagnóstico, terapia o radiología, y radiografía requerirán autorización previa. La mayoría de los servicios radiológicos no necesitan una autorización previa. Se requiere autorización previa para algunos servicios de radiografía especializados. Pida a su proveedor que llame al plan para confirmar si es necesaria una autorización previa.*	

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Observación en hospital para pacientes ambulatorios Pagamos los servicios de observación hospitalaria ambulatoria para determinar si necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si puede recibir el alta. Los servicios deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando los brinda un médico u otra persona autorizada por la ley estatal y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar exámenes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio. Incluso si pasa la noche en el hospital, es probable que aún se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare llamada *Beneficios hospitalarios de Medicare*, disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf.	$0
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Pagamos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, tales como: • Servicios en una sala de emergencias o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de cirugía u observación ambulatorios **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación) • Análisis de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado sería necesario sin esa atención • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Insumos médicos, como férulas y yesos • Algunos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo *Las normas de autorización para los servicios de hospital para pacientes ambulatorios se muestran en la descripción de cada beneficio para pacientes ambulatorios mencionado en este cuadro. No todos los servicios de prevención o de diagnóstico para pacientes ambulatorios requerirán autorización previa.*	
	Atención ambulatoria de salud mental Pagamos servicios de la salud mental prestados por: • un psiquiatra o médico habilitado del estado • un psicólogo clínico • un trabajador social clínico (CSW) • un enfermero clínico especializado (CNS) • un asesor profesional habilitado (LPC) • un terapeuta matrimonial y familiar habilitado (LMFT) • un enfermero profesional (NP) **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Atención ambulatoria de salud mental (continuación) • un asistente médico (PA) • cualquier otro profesional de la salud mental certificado por Medicare, según lo permitan las leyes vigentes del estado	
	Servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio Pagamos fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. Puede obtener servicios de rehabilitación del departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, de terapeutas independientes, de centros de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) y de otros centros médicos. *Se requiere autorización previa.*	$0
	Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias tóxicas Pagaremos los siguientes servicios y, posiblemente, por otros servicios no enumerados aquí: • detección y asesoramiento para tratar el abuso de alcohol • tratamiento del abuso de sustancias tóxicas • asesoramiento grupal o individual a cargo de un profesional clínico calificado **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias tóxicas (continuación) • desintoxicación subaguda en un programa residencial de tratamiento de adicciones • servicios de tratamiento de alcoholismo y/o drogadicción en un centro de tratamiento ambulatorio intensivo • tratamiento con naltrexona de liberación prolongada (vivitrol) *Puede requerirse autorización previa.*	
	Cirugía ambulatoria Pagamos la cirugía ambulatoria y los servicios en un centro médico para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria. **Nota:** Si se va a someter a una cirugía en las instalaciones de un hospital, debe preguntarle a su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio. Incluso si pasa la noche en el hospital, es probable que aún se lo considere un paciente ambulatorio. *Puede ser necesaria una autorización previa para los servicios de un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios.*	$0
	Artículos de venta libre (OTC) y asistencias para la vida diaria Los miembros reciben una asignación combinada de $200 por mes para gastar en artículos de venta libre **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Artículos de venta libre (OTC) y asistencias para la vida diaria (continuación) elegibles, como vitaminas, analgésicos, medicamentos para el resfriado y mucho más. Los fondos se cargan en una tarjeta de débito emitida por el plan todos los meses. • Los miembros pueden comprar a través del catálogo OTC o en establecimientos minoristas participantes. • No hay límite en la cantidad de artículos o pedidos. • Los fondos no utilizados expirarán al final del mes o al desafiliarse del plan. La naloxona se cubre como beneficio de OTC de la Parte C. La terapia de reemplazo de la nicotina (NRT) ofrecida no duplica ningún artículo de venta libre o del formulario de la Parte D. **Dispositivos de seguridad en el hogar y en el baño** Todos los miembros pueden usar la asignación combinada a la compra de dispositivos de seguridad para el hogar y el baño que cumplan los requisitos, tales como barras de sujeción o manijas de puerta, revestimientos antideslizantes para el suelo, sillas de seguridad, accesorios para la adaptación del baño. Los miembros pueden comprar a través del catálogo OTC o en establecimientos minoristas participantes. El saldo no utilizado expirará al final de cada mes o al desafiliarse del plan.	

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos La **hospitalización parcial** es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio ambulatorio en un hospital o centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional licenciado. Puede evitar que tenga que permanecer en el hospital. El servicio **ambulatorio intensivo** es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) brindado en el servicio ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud con calificación federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su terapeuta médico, LMFT o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que una hospitalización parcial. *Se requiere autorización previa.*	$0
	Servicios de médico o proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico Pagamos los servicios siguientes: • servicios de atención médica o cirugía médicamente necesarios, en lugares como: o el consultorio del médico o un centro quirúrgico certificado para pacientes ambulatorios o un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Servicios de médico o proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) • consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista • pruebas básicas de audición y de equilibrio realizadas por su proveedor de atención primaria o especialista si su médico las ordena para saber si usted necesita tratamiento • algunos servicios de telesalud, incluida la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o practicante, para miembros en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • servicios de telesalud para visitas mensuales por enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) para miembros con diálisis a domicilio en un centro de diálisis renal ubicado en un hospital u hospital de acceso crítico, o en el hogar • servicios de telemedicina para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral • servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias tóxicas o un trastorno mental concurrente, independientemente de su ubicación • servicios de telemedicina para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de enfermedades de salud mental si: • servicios de telemedicina para visitas de salud mental brindadas **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Servicios de médico o proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) por clínicas de salud rural y centros de salud con calificación federal • chequeos rápidos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico con una duración de cinco a diez minutos **si**: o no es paciente nuevo, **y** o el chequeo rápido no está relacionado con una visita de consultorio en los últimos siete días, **y** o el chequeo no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o a la cita más rápida disponible • Evaluación de un video o imágenes que usted le envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte del médico dentro de las primeras 24 horas **si**: o no es un paciente nuevo, y o la evaluación no está relacionada con una visita de consultorio en los últimos siete días, **y** o la evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o a la cita más rápida disponible • Consulta que su médico hace con otros médicos por teléfono, por internet o por medio de una historia clínica electrónica si usted no es un paciente nuevo • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía	

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Servicios de podología Pagamos los servicios siguientes: • diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedos en martillo o espolón calcáneo) **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0
	Servicios de podología (continuación) • cuidado de rutina de los pies para miembros con enfermedades que afectan las piernas, como la diabetes Hasta 3 visitas al consultorio por año están cubiertas.	
	Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determinan que corre un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de la profilaxis preexposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos de PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA, incluida la tarifa por la administración de la inyección, si corresponde • Hasta ocho sesiones de terapia individual, que incluyen evaluación de riesgo de VIH, reducción de riesgo de VIH y adherencia a la medicación, cada 12 meses. • Hasta ocho exámenes de detección del VIH cada 12 meses. • Un examen de detección del virus de la hepatitis B por única vez.	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres a partir de los 50 años, el pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses: • un examen de tacto rectal • un examen de antígeno prostático específico (PSA)	$0
	Dispositivos protésicos y ortopédicos e insumos relacionados Los dispositivos protésicos reemplazan todo o una parte de un miembro o una función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: • pruebas, ajuste o capacitación en el uso de prótesis y ortesis • bolsas de colostomía e insumos relacionados con el cuidado de la colostomía • marcapasos • aparatos ortopédicos • zapatos ortopédicos • brazos y piernas artificiales • prótesis para senos (incluye un sostén quirúrgico) después de una mastectomía. Pagamos algunos insumos relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos. También pagamos la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos y ortopédicos. Ofrecemos cierta cobertura tras la extracción de cataratas o la cirugía de cataratas. Consulte “Cuidado de la vista” más adelante en este capítulo para más información. *Se necesita autorización previa para el alquiler y la compra de prótesis e insumos médicos cubiertos por Medicare.*	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Servicios de rehabilitación pulmonar Pagamos programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy severa. Usted debe tener una orden del médico o proveedor que trata la EPOC para la rehabilitación pulmonar. *Se requiere autorización previa.*	$0
	Pruebas de detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos un examen de detección de la hepatitis C si su médico de atención primaria y otro proveedor médico calificado ordena una y usted cumple con alguna de estas condiciones: • Corre un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilegales. • Le hicieron una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera que corre un alto riesgo, pagamos por un examen una vez. Si corre un alto riesgo (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas inyectables ilegales desde su última prueba negativa de hepatitis C), cubrimos exámenes anuales.	$0
	Pruebas de detección y asesoramiento para tratar infecciones de transmisión sexual (ITS) Pagamos pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas estarán cubiertas para mujeres embarazadas y algunas personas que tengan mayor riesgo de tener una ITS. Un proveedor de atención primaria deberá ordenar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Pruebas de detección y asesoramiento para tratar infecciones de transmisión sexual (ITS) (continuación) También pagamos hasta dos sesiones intensivas de asesoramiento conductual, en persona, una vez al año, para adultos sexualmente activos y con mayor riesgo de tener infecciones de transmisión sexual. Cada sesión puede tener 20 a 30 minutos de duración. Pagamos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo solo si un proveedor de atención primaria las brinda. Las sesiones deben realizarse en un ámbito de atención primaria, como en el consultorio de un médico.	
	Atención en un establecimiento de enfermería especializada (SNF) Para ver una definición de la atención en un establecimiento de enfermería especializada, consulte el **Capítulo 12**. Este beneficio se limita a un máximo de 100 días por período de beneficio. No se requiere admisión hospitalaria previa. No se cubren los cuidados asistenciales ni los cuidados domiciliarios en un establecimiento de enfermería especializada. Pagaremos los siguientes servicios y, posiblemente otros servicios no mencionados aquí: • una habitación semiprivada o privada, si es médicamente necesaria • comidas, incluidas dietas especiales • servicios de enfermería especializada • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 por admisión

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Atención en un establecimiento de enfermería especializada (SNF) (continuación) • medicamentos que usted reciba como parte de su plan de atención, incluyendo sustancias encontradas naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea • sangre, incluido su almacenamiento y administración • insumos médicos y quirúrgicos provistos por los SNF • pruebas de laboratorio realizadas en los SNF • radiografías y otros servicios radiológicos que brindan los establecimientos de enfermería • dispositivos de asistencia, como sillas de ruedas, que normalmente brindan los establecimientos de enfermería • servicios de un médico o proveedor Normalmente usted recibirá la atención de SNF en centros médicos de la red. Bajo determinadas condiciones, posible que usted reciba atención en un centro médico fuera de nuestra red. Puede recibir atención en estos lugares si aceptan los montos que paga nuestro plan: • un hogar de ancianos o la comunidad para jubilados donde usted vivió antes de ir al hospital (siempre y cuando ofrezca la atención de un establecimiento de enfermería) • un establecimiento de enfermería donde viva su cónyuge o compañero doméstico al momento de dejar el hospital **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Atención en un establecimiento de enfermería especializada (SNF) (continuación) Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por cada período de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que se le ingresa como paciente hospitalizado en un hospital o en un SNF y finaliza cuando haya transcurrido un periodo de 60 días consecutivos sin que haya recibido atención hospitalaria o cuidados especializados en un SNF. Si vuelve a ingresar después de que finalice un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite en el número de períodos de beneficios que puede tener. *Se requiere autorización previa.*	
	Programa para dejar de fumar y consumir tabaco El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para los pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplen con estos criterios: • consumen tabaco, sin importar si muestran señales o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco • son competentes y están alertas durante la terapia • un médico calificado y otro profesional reconocido por Medicare ofrece la terapia Cubrimos 2 intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intensivas o intermedias, con un máximo de ocho sesiones al año). El plan ofrece 4 sesiones más que se suman a las visitas de Medicare.	$0

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Beneficios Complementarios Especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas (SSBCI) Los miembros que reúnan los requisitos para recibir los beneficios SSBCI pueden utilizar de manera combinada sus beneficios mensuales de $200 del SSBCI para productos de venta libre (OTC), para el hogar y el baño, para ayudarles a cubrir los gastos cotidianos. Este beneficio se otorga mediante una tarjeta de débito emitida por el plan. Este beneficio puede usarse para: • Alimentos saludables • Apoyo general para la vida (por ejemplo, alquiler, hipoteca, servicios públicos) • Control de plagas Para calificar para los beneficios de SSBCI, los miembros deben tener al menos una de las siguientes afecciones crónicas: • enfermedades cardiovasculares • enfermedades mentales crónicas e incapacitantes • enfermedad gastrointestinal crónica (limitado a enfermedad hepática en etapa terminal) • trastornos pulmonares crónicos (limitado a enfermedad pulmonar obstructiva crónica) • insuficiencia cardíaca congestiva • enfermedad del tejido conectivo • demencia • diabetes mellitus • sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico • accidente cardiovascular Además: La afección debe ser mortal o limitar en gran medida la salud o función general del miembro; el miembro **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Beneficios Complementarios Especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas (SSBCI) (continuación) debe correr un alto riesgo de hospitalización u otros resultados médicos adversos, y el miembro debe necesitar la coordinación de cuidados intensivos. El plan revisará criterios objetivos para determinar la elegibilidad de un miembro. Para obtener más información o verificar la elegibilidad, los miembros deben ponerse en contacto con el plan. Se aplican limitaciones. **Asimismo, el miembro debe cumplir con uno de los siguientes:** • Haber tenido una o más hospitalizaciones (incluso de salud conductual) por la afección crónica en los últimos 12 meses. • Haber acudido una o más veces a un centro de urgencias o a una sala de emergencias por motivos relacionados con su enfermedad crónica en los últimos 12 meses. • Haber tenido dos o más consultas ambulatorias por la afección crónica (incluso consultas de atención primaria o de atención especializada) en los últimos 12 meses. • Ser un paciente que requiere visitas de atención domiciliaria por la afección crónica. • Ser un paciente con una o más afecciones crónicas y una necesidad de una o más piezas de equipo médico duradero (DME) en un entorno ambulatorio, limitado al grupo 3 de sillas de ruedas eléctricas/manuales, ventilación no invasiva (NIV), máquinas de bipap, dispositivo de insuflación-exsuflación mecánica, o un colchón del grupo 2 o del grupo 3. Los fondos no utilizados expirarán al final de cada mes o al darse de baja del plan.	

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Terapia de ejercicio supervisada (SET) Cubrimos los gastos de la SET para los miembros con enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática. Nuestro plan paga: • hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la SET • otras 36 sesiones a lo largo del tiempo si el proveedor médico las considera médicamente necesarias El programa de la SET deberá tener estas características: • Sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de ejercicio y entrenamiento para miembros con enfermedad arterial periférica (PAD) con calambres en las piernas debido a un mal flujo de sangre (claudicación) en un entorno ambulatorio o en el consultorio de un médico • ofrecida por personal calificado que se asegure de que los beneficios superen el dolor y que esté capacitado en terapias de ejercicio para enfermedad arterial periférica • bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico (PA) o enfermero profesional (NP)/especialista de enfermería clínica (CNS) capacitado en técnicas de soporte vital tanto básicas como avanzadas • *Se requiere autorización previa.*	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Telemedicina Ofrecemos a todos los miembros acceso 24/7 durante todo el año a un médico de la red a través de teléfono, computadora o dispositivo móvil. Los miembros pueden tener inmediatamente una consulta médica, de asesoramiento, o psiquiátrica con un médico. Los miembros también pueden coordinar una consulta de telemedicina para más adelante.	$0
	Transporte (médico, no de emergencia) Además del transporte descrito en la **Sección E2** más adelante, cubrimos 18 viajes de ida al año a lugares aprobados por el plan (por ejemplo, consultorios médicos, farmacias y hospitales). Puede ser mediante un automóvil, un servicio de traslado o una camioneta, según resulte más adecuado para la situación y las necesidades del miembro. Los viajes se deben programar con al menos un día hábil de antelación, excepto en circunstancias especiales. El transporte solamente se autoriza hacia los lugares aprobados por el plan (por ejemplo, consultorio médico, farmacia y hospital). Límite de 50 millas por viaje de un solo trayecto.	$0
	Atención médica urgente La atención médica urgente trata lo siguiente: • una situación que, aunque no sea una emergencia, requiere atención médica inmediata, **o** • una enfermedad imprevista, **o** • una lesión, **o** • una afección que necesita atención inmediata. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Atención médica urgente (continuación) Si necesita atención médica urgente, deberá tratar de conseguirla primero de un proveedor de la red. Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no pueda acudir a un proveedor de la red porque, debido a la hora, el lugar o las circunstancias, no sea posible o no resulte razonable obtener este servicio de los proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentre fuera del área de cobertura del plan y necesite servicios inmediatos por motivos médicos por una afección imprevista, pero no se trate de una emergencia médica). Existe un límite combinado de $50,000 (USD) al año para emergencias, servicios de atención de urgencia y servicios de ambulancia de emergencia brindados fuera de los Estados Unidos y sus territorios.	
	Cuidado de la vista Pagamos servicios ambulatorios de un médico para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo. Por ejemplo, el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. A las personas con alto riesgo de glaucoma, les cubrimos el costo de una prueba de detección de glaucoma al año. Las personas con alto riesgo incluyen: • personas con un antecedente familiar de glaucoma • personas con diabetes **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Cuidado de la vista (continuación) • personas afroamericanas de 50 años y más • hispanoamericanos de 65 años o más A las personas con diabetes les cubrimos las pruebas de detección de la retinopatía diabética una vez al año. Pagamos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas cuando el médico inserte un lente intraocular. Si tiene dos cirugías de cataratas por separado, deberá recibir un par de anteojos después de cada cirugía. No podrá recibir dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par de anteojos después de la primera cirugía. Nuestro plan también cubre los siguientes beneficios: Examen de la vista de rutina, 1 cada año. Un par de lentes de contacto o un par de anteojos (lentes y marcos) por año. $300 de asignación del plan por año. Debe recibir su atención de un proveedor de la red. Solo pagaremos los servicios para la vista cubiertos si acude a un proveedor de la vista de la red. En la mayoría de los casos, deberá pagar la atención que reciba de un proveedor fuera de la red.	
	Visita preventiva de "Bienvenido a Medicare" Cubrimos la visita preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye: • una revisión de su salud, • educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesite (incluidas pruebas de detección e inyecciones/vacunas), **y** • derivaciones para otro tipo de atención si lo necesita. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Visita preventiva de "Bienvenido a Medicare" (continuación) **Nota:** Cubrimos una visita preventiva única de “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses en que tenga la Parte B de Medicare. Cuando solicite su consulta, diga en el consultorio de su médico que quiere programar su visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”.	

E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los servicios siguientes, pero están disponibles a través de Healthy Connections Medicaid.

E1. Servicios odontológicos

Los diagnósticos (evaluación oral y radiografías), la atención preventiva (limpiezas anuales), la atención de restauración (empastes) y la atención quirúrgica están cubiertos en base a una tarifa por servicio. Póngase en contacto con su coordinador de atención para obtener más información.

E2. Transporte médico que no sea de emergencia

La asistencia para el transporte está disponible de ida y vuelta a las citas médicas con un copago de $0. El tipo de asistencia dependerá de la situación médica del miembro. Los proveedores médicos verificarán los pedidos de servicios urgentes o para el mismo día (como asistencia de transporte para altas hospitalarias de rutina) para confirmar que el plazo reducido sea médicamente necesario. **Cualquier miembro que necesite transporte de emergencia debe llamar al 911.**

- Para obtener más información, llame a su coordinador de atención o lea el folleto para el miembro en el sitio web de ModivCare, que es el agente de transportes: www.mymodivcare.com/wp-content/uploads/2025/06/South-Carolina-Modivcare-Facility-Brochure.pdf. Si tiene más preguntas, llame a ModivCare usando la información de contacto de su región que figura en el folleto para el miembro.

E3. Alojamiento y alimentación en cuidados paliativos

Los servicios de alojamiento y alimentación en cuidados paliativos están "separados" del programa de atención administrada de Medicaid Healthy Connections Medicaid, lo que significa que el proveedor de cuidados paliativos facturará directamente a Medicaid en base a una tarifa de pago por servicio. El

alojamiento y la alimentación de los miembros en cuidados paliativos que residen en un establecimiento de enfermería deben ser facturados por el establecimiento de enfermería (no por el proveedor de cuidados paliativos) a Healthy Connections Medicaid.

E4. Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad (HCBS)

Los miembros que cumplan los requisitos de nivel de atención de un hogar de ancianos, pero que puedan permanecer de forma segura en su domicilio con asistencia, pueden participar en uno de los tres programas de exención basados en el hogar y la comunidad (Community Choices, VIH/SIDA y dependiente de ventilador mecánico). Estos servicios están "separados" de la atención administrada de Healthy Connections, lo que significa que el proveedor de HCBS facturará directamente a Medicaid en base a una tarifa de pago por servicio

Para inscribirse en el programa HCBS de Healthy Connections, es necesaria una derivación a la admisión centralizada.

Admisión centralizada del DHHS/CLTC: 1-888-971-1637

Para derivaciones electrónicas: phoenix.scdhhs.gov/cltc_referrals/new

Según el programa HCBS de Healthy Connections Medicaid, los siguientes servicios están cubiertos en cada exención de HCBS:

Exención de Community Choices

- Administración de casos
- Cuidado personal I/II
- Asistente de cuidados
- Atención de acompañante
- Comidas a domicilio
- Centro médico de día para adultos
- Transporte al centro médico de día para adultos
- Enfermería en centro médico de día para adultos
- Relevo para el cuidado de enfermos
- Sistema personal de respuesta a emergencias

- Telemonitoreo
- Control de plagas
- Adaptaciones para la accesibilidad en el hogar
- Cuidado personal residencial II
- Equipos y suministros médicos especializados

Exención de VIH/SIDA

- Administración de casos
- Cuidado personal I/II
- Asistente de cuidados
- Acompañante
- Comidas a domicilio
- Control de plagas
- Servicios de enfermería
- Adaptaciones para la accesibilidad en el hogar
- Equipos y suministros médicos especializados

Exención de dependencia de ventilador mecánico

- Administración de casos
- Cuidado personal I/II
- Asistente de cuidados
- Servicios de enfermería
- Equipos y suministros médicos especializados
- Apoyo para el cuidado de enfermos
- Sistema personal de respuesta a emergencias

- Adaptaciones para la accesibilidad en el hogar
- Control de plagas
- Comidas a domicilio

E5. Atención en un establecimiento de enfermería

Un establecimiento de enfermería (NF) es un lugar que presta atención a personas que no pueden recibirla en su domicilio, pero que no necesitan estar ingresadas en un hospital.

El proveedor del establecimiento de enfermería le facturará directamente a Medicaid según el sistema de pago por servicio. Los servicios de los establecimientos de enfermería para los miembros que residan en un establecimiento de enfermería deben ser facturados por el propio establecimiento de enfermería Healthy Connections Medicaid.

La elegibilidad para los servicios de los establecimientos de enfermería se basa en que la persona cumpla los criterios de nivel de atención propios de un establecimiento de enfermería y tenga necesidades de atención a largo plazo. Las personas que cumplan estos criterios pueden reunir los requisitos para recibir los servicios de los establecimientos de enfermería, independientemente de si optan por recibir la atención en un establecimiento de enfermería o a través de opciones de servicios a domicilio y en la comunidad.

F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Healthy Connections Medicaid

Esta sección indica los beneficios que están excluidos de nuestro plan. “Excluidos” significa que no pagamos por estos beneficios. Medicare y Healthy Connections Medicaid tampoco pagan por ellos.

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos que no cubrimos bajo ninguna circunstancia, y algunos que excluimos solo en algunos casos.

No pagamos los beneficios médicos excluidos mencionados en esta sección (ni en ninguna otra parte de este *Manual del Miembro*), excepto en las condiciones específicas enumeradas. Incluso si recibe los servicios en una sala de emergencias, el plan no pagará los servicios. Si considera que nuestro plan debe pagar un servicio que no está cubierto, puede presentar una apelación. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro.*

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en el Cuadro de prestaciones, nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:

- servicios que no se consideren “razonables y médicamente necesarios”, según las normas de Medicare y Healthy Connections (Medicaid), a menos que los incluyamos como servicios cubiertos
- tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que los cubra Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los artículos experimentales son aquellos que no están aceptados por la comunidad médica en general.
- tratamiento quirúrgico para obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare lo pague
- una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario
- enfermería privada
- artículos personales en su habitación en el hospital o en un establecimiento de enfermería, como un teléfono o una televisión
- servicios de enfermería a tiempo completo en su hogar
- las tarifas que cobran sus familiares directos o miembros de su unidad familiar
- procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (incluyendo pérdida de peso, crecimiento del cabello, desempeño sexual, desempeño atlético, fines estéticos, antienvejecimiento y desempeño mental), excepto cuando sean médicamente necesarios
- cirugía estética u otros tratamientos estéticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una malformación del cuerpo. Sin embargo, pagamos la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y el tratamiento de la otra mama para que tengan el mismo aspecto
- zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de un arnés y estén incluidos en el costo de este o que los zapatos sean para una persona con pie diabético
- dispositivos de soporte para pies, excepto zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético
- queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de asistencia para la baja visión
- reversión de procedimientos de esterilización y suministro de anticonceptivos sin receta

- servicios naturopáticos (uso de tratamientos naturales o alternativos)
- servicios brindados a veteranos en centros médicos de Asuntos de Veteranos (VA) Sin embargo, cuando un veterano reciba servicios de emergencia en un hospital de Asuntos de Veteranos (VA), y el costo de VA sea mayor que el costo compartido bajo nuestro plan, le reembolsaremos al veterano la diferencia. Usted sigue siendo responsables de los montos de los costos compartidos.

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos para uso ambulatorio

Introducción

Este capítulo explica las normas para obtener sus medicamentos para uso ambulatorio. Estos son medicamentos que su proveedor le receta para que usted los obtenga en una farmacia o por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y Healthy Connections Medicaid. El **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro* explica lo que paga por estos medicamentos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

También cubrimos los siguientes medicamentos, aunque no se mencionan en este capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare**. Generalmente incluyen medicamentos que le dan mientras está en un hospital o en un establecimiento de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare**. Incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que recibe en una visita al consultorio de un médico u otro proveedor, y medicamentos que recibe en una clínica de diálisis. Para informarse más sobre qué medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare, consulte el Cuadro de beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro.*
- Además de la cobertura de la Parte D de Medicare y de los beneficios médicos del plan, es posible que sus medicamentos estén cubiertos por Medicare Original si se encuentra en un centro de cuidados para enfermos terminales de Medicare. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5, Sección F3**, “En un programa de atención para enfermos terminales certificado por Medicare”.

Normas para la cobertura de farmacia de pacientes ambulatorios de nuestro plan

Normalmente cubrimos sus medicamentos siempre y cuando siga las normas de esta sección.

Usted debe tener un proveedor (médico, odontólogo u otro profesional que recete medicación) que le escriba su receta, que debe ser válida según las leyes vigentes del estado. Muchas veces esta persona es su proveedor de atención primaria (PCP). También puede ser otro proveedor si su PCP lo derivó para recibir atención.

El profesional que receta la medicación **no** debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.

Generalmente, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta. Consulte la **Sección A1** para obtener más información. O puede completar la receta médica a través del servicio de pedido por correo del plan.

Su medicamento bajo receta debe estar incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. La llamamos *"Lista de medicamentos"* para abreviar. Consulte la **Sección B** de este capítulo.

- Si no está en la *Lista de medicamentos*, es posible que podamos cubrirlo mediante una excepción.
- Consulte el **Capítulo 9, Sección G** para saber cómo pedir una excepción.

El medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. Esto quiere decir que su uso está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o está respaldado por determinados libros de referencia médica. Es posible que el profesional que receta el medicamento pueda ayudarle a identificar referencias médicas que avalen el uso solicitado del medicamento recetado.

Es posible que el medicamento requiera la aprobación de nuestro plan, según determinados criterios, antes de que podamos cubrirlo. (Consulte la **Sección C** de este capítulo.)

Índice

A. Cómo surtir sus recetas médicas 124

A1. Cómo surtir su receta en una farmacia de la red 124

A2. Cómo usar su tarjeta de identificación (ID) de miembro cuando surte una receta 124

A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red 124

A4. Qué hacer si su farmacia deja la red 125

A5. Cómo usar una farmacia especializada 125

A6. Cómo usar los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos 125

A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo 128

A8. Cómo usar una farmacia que no está en la red de nuestro plan 128

A9. Reintegro de un medicamento bajo receta....129

B. Lista de medicamentos de nuestro plan....129

B1. Medicamentos en nuestra Lista de medicamentos....129

B2. Cómo buscar un medicamento en nuestra Lista de medicamentos....130

B3. Medicamentos que no están en nuestra Lista de medicamentos....130

B4. *Niveles de copago de la Lista de medicamentos*....131

C. Límites en algunos medicamentos....132

D. Razones por las cuales su medicamento podría no estar cubierto....135

D1. Cómo conseguir un suministro temporal....135

D2. Cómo pedir un suministro temporal....137

D3. Solicitar una excepción....137

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos....138

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales....141

F1. En un hospital o en un establecimiento de enfermería especializada durante una admisión que cubre nuestro plan....141

F2. En un centro médico de atención a largo plazo....141

F3. En un programa de atención para enfermos terminales certificado por Medicare....141

G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos....142

G1. Programas para ayudarle a usar sus medicamentos de forma segura....142

G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos....142

G3. Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de manera segura....144

A. Cómo surtir sus recetas médicas

A1. Cómo surtir su receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, pagamos sus recetas médicas cuando se surten en una de nuestras farmacias de la red. Una farmacia de la red es una farmacia que acepta surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Puede usar cualquiera de nuestras farmacias de la red. Consulte la **Sección A8** para obtener más información sobre cuándo cubrimos las recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red.

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web, llame a Servicios al Miembro o su coordinador de atención.

A2. Cómo usar su tarjeta de identificación (ID) de miembro cuando surte una receta

Para surtir su receta, **muestre su tarjeta de ID de miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red nos facturará automáticamente nuestra parte de los costos de su medicamento cubierto. Es posible que usted deba pagar a la farmacia su parte del costo cuando pase a buscar su medicamento recetado.

Si no tiene su tarjeta de ID de miembro con usted cuando surte su receta médica, solicite a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria, o puede pedir a la farmacia que busque su información de inscripción al plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que usted tenga que pagar el costo total de la receta médica cuando la recoja. Luego puede pedirnos que le reembolsemos su parte. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese de inmediato con Servicios al Miembro.** Haremos todo lo posible para ayudarlo.

- Para pedirnos el reembolso, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro.*
- Si necesita ayuda para que le surtan un medicamento bajo receta, comuníquese con Servicios al Miembro o con su coordinador de atención.

A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita surtir una receta, puede pedir a un proveedor que le haga una nueva receta o pedir a su farmacia que transfiera la receta a la farmacia nueva si le quedan resurtidos.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, comuníquese con Servicios al Miembro o con su coordinador de atención.

A4. Qué hacer si su farmacia deja la red

Si la farmacia que usa se retira de la red de nuestro plan, debe buscar una nueva farmacia de la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web, comunicarse con Servicios al Miembro o con su coordinador de atención.

A5. Cómo usar una farmacia especializada

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro médico de atención a largo plazo, como un establecimiento de enfermería.
    - Generalmente, los centros médicos de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si reside en un centro médico de atención a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda conseguir los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
    - Si la farmacia de su centro médico a largo plazo no está en nuestra red, o si tiene dificultades para conseguir sus medicamentos en un centro de atención a largo plazo, llame a Servicios al Miembro.
- Farmacias que sirven al Programa de Salud para Nativos Americanos Tribales o Urbanos. Excepto en casos de emergencia, solo los nativos americanos y los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación del proveedor o capacitación sobre su uso. (Nota: Esta situación debería suceder en casos excepcionales.) Para encontrar una farmacia especializada, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios al Miembro o con su coordinador de atención.

A6. Cómo usar los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan permite que usted pida un suministro de 90 días del medicamento. Un suministro para 90 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.

Surtido de recetas médicas por correo

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas médicas por correo, llame a Servicios al Miembro de Farmacia al **1-833-809-3767 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Si usa una farmacia para pedidos por correo que no está en la red del plan, su receta médica no se cubrirá.

Por lo general, una receta pedida por correo llega en el plazo de 10 días. Si su pedido se retrasa, llámenos al **1-833-809-3767 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los siete días de la semana, para solicitar una autorización excepcional temporal que le permita obtener un suministro a corto plazo de medicamentos en una farmacia minorista.

Procesos de los pedidos por correo

El servicio de pedidos por correo tiene procedimientos diferentes para las recetas nuevas que recibe de usted, recetas nuevas que recibe directo del consultorio de su proveedor y recargas de sus recetas por correo.

1. Recetas nuevas que la farmacia recibe de usted

La farmacia surte y entrega de manera automática las recetas nuevas que reciba de usted.

2. Recetas nuevas que la farmacia recibe del consultorio de su proveedor

La farmacia surte y entrega de manera automática las nuevas recetas que reciba de los proveedores de atención médica, sin consultarle antes, si:

- Usted utilizó los servicios de envío por correo con nuestro plan en el pasado, **o**
- Usted se inscribe en el servicio de entrega automática de todas las nuevas recetas que recibe directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento comunicándose con su farmacia de pedido por correo, que puede encontrar en nuestra herramienta de búsqueda de farmacias en la página web en www.firstchoicevipcare.com/member-2027/network-pharmacy.

Si recibe automáticamente una receta por correo que no desea y sobre la que no se le contactó para averiguar si la quería antes de su envío, es posible que tenga derecho a un reembolso.

Si utilizó el servicio de pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada nueva receta, póngase en contacto con nosotros a través de su farmacia de pedidos por correo, que puede encontrar en nuestra herramienta de búsqueda de farmacias en la página web en www.firstchoicevipcare.com/member-2027/network-pharmacy.

Si nunca utilizó nuestro servicio de pedido por correo y/o decide dejar de recibir automáticamente nuevas recetas, la farmacia comunica con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para averiguar si desea que le envíen el medicamento de inmediato

- Esto le da la oportunidad de garantizar que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluidas la concentración, cantidad y presentación) y, si es necesario, permitirle cancelar o retrasar el pedido antes de que se facture y envíe.
- Responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles qué hacer con la nueva receta médica y evitar cualquier demora en el envío.

Para darse de baja de los envíos automáticos de nuevas recetas que recibe directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, póngase en contacto con nosotros a través de su farmacia de venta por correo, cuyos datos puede encontrar en la herramienta de búsqueda de farmacias de nuestra página web, en www.firstchoicevipcare.com/member-2027/network-pharmacy.

3. Renovaciones de recetas pedidas por correo

Para las renovaciones de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de renovación automática. En este programa, comenzamos a procesar su próxima renovación automáticamente cuando nuestros registros indican que está a punto de quedarse sin su medicamento.

- La farmacia se comunica con usted antes de enviar cada renovación para asegurarse de que necesita más medicamento, y usted puede cancelar las renovaciones programadas si aún tiene suficiente medicamento o si su medicación ha cambiado.
- Si decide no utilizar nuestro programa de renovación automática, póngase en contacto con su farmacia entre 7 y 10 días antes de que se agote su receta actual para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Si desea darse de baja de nuestro programa que prepara automáticamente las renovaciones de pedidos por correo, póngase en contacto con nosotros a través de su farmacia de venta por correo, que podrá encontrar en la herramienta de búsqueda de farmacias de nuestra página web en www.firstchoicevipcare.com/member-2027/network-pharmacy.

Informe a la farmacia sobre la mejor forma de comunicarse con usted para que puedan confirmar su pedido antes de realizar el envío, poniéndose en contacto con su farmacia de pedidos por correo, cuyos datos puede consultar en nuestra herramienta de búsqueda de farmacias, disponible en www.firstchoicevipcare.com/member-2027/network-pharmacy.

A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Puede conseguir un suministro a largo plazo de los medicamentos de mantenimiento que figuran en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma habitualmente para una enfermedad crónica o prolongada.

Algunas farmacias de la red permiten conseguir suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro para 60-90 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes. El *Directorio de proveedores y farmacias* indica qué farmacias le pueden dar un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener más información.

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de pedidos por correo de la red de nuestro plan para conseguir un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la **Sección A6** para informarse sobre los servicios de pedidos por correo.

A8. Cómo usar una farmacia que no está en la red de nuestro plan

En general, pagamos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red solo cuando no puede usar una farmacia de la red. Tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. En estas situaciones, verifique primero con Servicios al Miembro para ver si hay una farmacia de la red cerca de usted.

Pagamos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

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

A9. Reintegro de un medicamento bajo receta

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá pagar el costo total en lugar de un copago cuando vaya a recibir sus medicamentos. Puede solicitarnos que reintegremos la parte que nos corresponde del costo.

Para saber más al respecto, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro.*

B. *Lista de medicamentos* de nuestro plan

Tenemos una *Lista de medicamentos cubiertos* La llamamos *"Lista de medicamentos"* para abreviar.

Seleccionamos los medicamentos que figuran en la *Lista de medicamentos* con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* también le indica las normas que debe seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubrimos un medicamento incluido en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan siempre que siga las normas que explicamos en este capítulo.

B1. Medicamentos en nuestra *Lista de medicamentos*

Nuestra *Lista de medicamentos* incluye medicamentos cubiertos bajo la Parte D de Medicare y algunos bajo receta y de venta libre (OTC), y productos cubiertos por el programa Healthy Connections de Medicaid.

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

Un medicamento de marca es un medicamento que se vende bajo una marca comercial propiedad del fabricante del fármaco. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En nuestra *Lista de medicamentos*, cuando nos referimos a "medicamentos", hablamos de un medicamento o un producto biológico.

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

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

Nuestro plan también cubre ciertos productos y medicamentos de venta libre (OTC). Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos y tienen la misma eficacia. Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

B2. Cómo buscar un medicamento en nuestra *Lista de medicamentos*

Para saber si el medicamento que toma está en la *Lista de medicamentos*, puede hacer lo siguiente:

- Visite el sitio web de nuestro plan en www.firstchoicevipcare.com. La *Lista de medicamentos* en el sitio web es siempre la más actual.
- Llame a su coordinación de atención o a Servicios al Miembro para averiguar si un medicamento está en la *Lista de medicamentos* del plan o para solicitar una copia de la lista.
- Use nuestra "Herramienta de beneficios en tiempo real" en www.firstchoicevipcare.com para buscar medicamentos en la *Lista de medicamentos* y obtener una estimación de lo que tendrá que pagar, así como para saber si existen medicamentos alternativos en la *Lista de medicamentos* que puedan tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios al Miembro.

B3. Medicamentos que no están en nuestra *Lista de medicamentos*

No cubrimos todos los medicamentos.

- Algunos medicamentos no están en nuestra *Lista de medicamentos* porque la ley no permite cubrirlos.
- En otros casos, nosotros decidimos no incluir un medicamento en nuestra *Lista de medicamentos*.
- En algunos casos, puede obtener un medicamento que no esté en nuestra *Lista de medicamentos.* Para obtener más información, consulte el **Capítulo 9**.

Nuestro plan no paga los tipos de medicamentos que se describen en esta sección. Estos se llaman **medicamentos excluidos**. Si le recetan un medicamento excluido, es posible que deba pagarlo por su cuenta. Si considera que, en su caso, deberíamos pagar un medicamento excluido, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** del *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las apelaciones.

Hay tres normas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos ambulatorios de nuestro plan (que incluye los medicamentos de la Parte D de Medicare y de Healthy Connections Medicaid drugs) no puede pagar un medicamento que ya esté cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare. Nuestro plan cubre los medicamentos que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos ambulatorios.

2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

3. El uso del medicamento debe ser aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias médicas que lo aprueben como tratamiento para su enfermedad. Su médico u otro proveedor podrían recetar un determinado medicamento para tratar su afección, aunque ese medicamento no haya sido aprobado para tratar la enfermedad. Esto se llama "uso no indicado en la etiqueta". Generalmente, nuestro plan no cubre los medicamentos recetados para usos no indicados en la etiqueta.

Asimismo, por ley, Medicare o Healthy Connections Medicaid no pueden cubrir los tipos de medicamentos indicados a continuación.

- Medicamentos para promover la fertilidad.
- Medicamentos para aliviar la tos o los síntomas del resfrío.
- Medicamentos con fines estéticos o para ayudar al crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con fluoruro.
- Medicamentos usados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos usados para el tratamiento de la anorexia, o aumento de peso.
- Medicamentos para uso ambulatorio fabricados por una empresa que exige que le realicen pruebas o servicios exclusivamente a través de ella.

B4. Niveles de copago de la *Lista de medicamentos*

Todos los medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* se encuentran en uno de los cinco niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo,

medicamento de marca, genérico u OTC). En general, cuanto más alto sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo del medicamento para usted.

Es posible que tenga que pagar entre $0 y $14.40, en función de su nivel de ingresos y de la "Ayuda Adicional". Consulte la Tabla resumen de primas del LIS de la Parte D de 2027 para obtener más detalles sobre los montos que podría tener que pagar en función de su nivel de Subsidio por bajos ingresos (LIS).

- Los medicamentos de Nivel 1 son medicamentos genéricos preferidos. El copago es $0.
- Los medicamentos de Nivel 2 son medicamentos genéricos. El copago no supera los $0, $1.65 o $5.80 para los medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes. No supera los $0, $5 o $14.40 para otros medicamentos, dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional".
- Los medicamentos de Nivel 3 son medicamentos de marca preferidos. El copago no supera los $0, $1.65 o $5.80 para los medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes. No supera los $0, $5 o $14.40 para otros medicamentos, dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional".
- Los medicamentos de Nivel 4 son medicamentos no preferidos. El copago no supera los $0, $1.65 o $5.80 para los medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes. No supera los $0, $5 o $14.40 para otros medicamentos, dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional".
- Los medicamentos de Nivel 5 son medicamentos de especialidad. El copago no supera los $0, $1.65 o $5.80 para los medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes. No supera los $0, $5 o $14.40 para otros medicamentos, dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional".

Para saber en qué nivel de costos compartidos está su medicamento, busque el medicamento en nuestra *Lista de medicamentos*.

En el **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro* se indica el monto que usted paga por los medicamentos en cada nivel.

C. Límites en algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos, hay normas especiales que limitan cómo y cuándo los cubre nuestro plan. En general, nuestras normas le recomiendan que reciba un medicamento que funcione para su afección, que sea seguro y efectivo. Cuando un medicamento seguro y económico tiene la misma

eficacia que un medicamento más caro, esperamos que su proveedor use el medicamento más económico.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra *Lista de medicamentos*. Esto se debe a que algunos medicamentos pueden diferir según la concentración, la cantidad o la forma del medicamento indicado por su proveedor, y es posible que se apliquen distintas restricciones a las distintas versiones de los medicamentos (por ejemplo, 10 mg en lugar de 100 mg; una vez al día en lugar de 2 veces al día; tableta en lugar de líquido).

Si hay una norma especial para su medicamento, esto suele significar que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que podamos cubrir dicho medicamento. Por ejemplo, es posible que su proveedor tenga que informarnos primero su diagnóstico o brindar los resultados de las pruebas de sangre. Si usted o su proveedor consideran que nuestra norma no debería aplicarse a su situación, pueden solicitarnos que utilicemos el proceso de decisión de cobertura para hacer una excepción. Podemos aceptar o no que utilice el medicamento sin necesidad de seguir pasos adicionales.

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

1. **Límites del uso de un medicamento de marca o de un producto biológico original cuando, respectivamente, existe una versión genérica o un biosimilar intercambiable disponible**

   Por lo general, un medicamento genérico o un biosimilar intercambiable tienen el mismo efecto que un medicamento de marca o un producto biológico original y suelen costar menos. Si existe una versión genérica o un biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o un producto biológico original, nuestras farmacias de la red le darán, respectivamente, la versión genérica o el biosimilar intercambiable.

   - Normalmente no pagamos el medicamento de marca o el producto biológico original cuando existe una versión genérica disponible.
   - Sin embargo, si su proveedor nos explica la razón médica por la que el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable no le resultaría eficaz, o si indicó "Sin sustituciones" en su receta de un medicamento de marca o un producto biológico original, o si nos explica la razón médica por la que el medicamento genérico, el biosimilar intercambiable u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección no le resultarían eficaces, en ese caso cubriremos el medicamento de marca.

- Es posible que su copago sea mayor para el medicamento de marca o el producto biológico original que para el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable.

2. Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted u otro profesional que recete el medicamento primero deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de poder surtir la receta. Esto se denomina autorización previa. Esto se establece para garantizar la seguridad del medicamento y ayudar a orientar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si usted no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento. Llame a Servicios al Miembro al número que aparece al pie de la página o visite nuestro sitio web en www.firstchoicevipcare.com/member-2027/prescription-drug-benefits para obtener más información sobre la autorización previa.

3. Probar un medicamento diferente primero

En general, queremos que pruebe los medicamentos más económicos que son tan eficaces como otros medicamentos más costosos antes de cubrir los medicamentos más caros. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma enfermedad y el Medicamento A cuesta menos que el Medicamento B, es posible que le solicitemos que pruebe primero el Medicamento A.

Si el Medicamento A no funciona para usted, entonces cubriremos el Medicamento B. Esto se llama terapia escalonada. Llame a Servicios al Miembro al número que aparece al pie de la página o visite nuestro sitio web en www.firstchoicevipcare.com/member-2027/pharmacy-benefits para obtener más información sobre la terapia escalonada.

4. Límites de cantidades

Nosotros limitamos la cantidad que podrá obtener de algunos medicamentos. Esto se llama límite de cantidad. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo un comprimido por día de un determinado medicamento, es posible que limitemos la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que renueve su receta.

Para averiguar si alguna de estas normas se aplica a un medicamento que usted toma o quiere tomar, consulte nuestra *Lista de medicamentos*. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios al Miembro o visite nuestro sitio web en www.firstchoicevipcare.com. Si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre la cobertura por cualquiera de las razones anteriormente mencionadas, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

D. Razones por las cuales su medicamento podría no estar cubierto

Intentamos que su cobertura de medicamentos sea adecuada para usted. Sin embargo, a veces un medicamento podría no estar cubierto de la manera en que usted quisiera. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que quiere tomar. Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de medicamentos*. Es posible que cubramos una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que quiere tomar. Es posible que el medicamento sea nuevo y que aún no hayamos evaluado su seguridad y eficacia.
- Nuestro plan cubre el medicamento, pero existen normas o límites especiales en la cobertura. Como se explicó en la sección anterior, algunos de los medicamentos que cubre nuestro plan tienen normas que limitan su uso. En algunos casos, usted o quien le receta el medicamento pueden pedirnos una excepción.
- El medicamento está cubierto, pero tiene un nivel de costos compartidos que hace que su parte sea mayor de la que cree que debería ser.

Hay cosas que puede hacer si no cubrimos un medicamento de la forma en que usted desea que lo cubramos.

D1. Cómo conseguir un suministro temporal

En algunos casos, podemos darle un suministro temporal de un medicamento cuando el medicamento no está en nuestra *Lista de medicamentos* o tiene algún tipo de límite. Esto le dará tiempo para hablar con su proveedor sobre cómo conseguir un medicamento diferente o pedirnos que lo cubramos.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir estas dos normas:

1. El medicamento que ha estado tomando:
   - ya no está en nuestra *Lista de medicamentos,* ***o***
   - nunca estuvo en nuestra *Lista de medicamentos,* ***o***
   - ahora tiene algún tipo de límite.
2. Usted debe estar en una de estas situaciones:
   - Usted estuvo en nuestro plan el año pasado.

- Cubrimos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal es por hasta 30 días.
- Si su receta es por menos días, permitimos varias recargas para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento. Debe surtir su receta en una farmacia de la red.
- Las farmacias de atención a largo plazo pueden brindar sus medicamentos en pequeñas cantidades cada vez para evitar desperdicios.

- Usted es nuevo en nuestro plan.
  - Cubrimos un suministro temporal de su **medicamento durante los primeros 90 días de su afiliación en nuestro plan.**
  - Este suministro temporal es por hasta 30 días.
  - Si su receta es por menos días, permitimos varias recargas para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento. Debe surtir su receta en una farmacia de la red.
  - Las farmacias de atención a largo plazo pueden brindar sus medicamentos en pequeñas cantidades cada vez para evitar desperdicios.
- Ha estado en nuestro plan por más de 90 días, vive en un centro médico de atención a largo plazo y necesita un medicamento de forma inmediata.
  - Cubrimos un suministro de 31 días de un medicamento en particular, o menos, si su receta médica indica menos días. Esto se suma al suministro temporal anterior.
  - A los miembros que tengan un cambio en el nivel de atención médica (ámbito) se les permitirá por única vez hasta 30 días de suministro de transición por medicamento sin importar el tipo de receta. Por ejemplo, a los miembros que:
    - Ingresan a centros de atención a largo plazo (LTC) luego de recibir el alta en los hospitales a veces tienen una lista de medicamentos del formulario que le da el hospital al momento del alta y que tiene en cuenta una planificación a muy corto plazo (con frecuencia, menos de ocho horas).
    - Reciben el alta de un hospital y vuelven a su hogar.

- Finalizan su admisión hospitalaria en un establecimiento de enfermería especializada de la Parte A de Medicare (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y necesitan volver a su formulario del plan de la Parte D.
- Terminan su admisión hospitalaria en un centro médico de atención a largo plazo y vuelven a la comunidad.

Si un miembro tiene más de un cambio en el nivel de atención en un mes, la farmacia debe llamar a nuestro plan para solicitar una extensión de la política de transición.

D2. Cómo pedir un suministro temporal

Para pedir un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios al Miembro.

Cuando reciba un suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando se le agote el suministro. Estas son sus opciones:

- Cambiar de medicamento.

  Es posible que nuestro plan cubra otro medicamento que le resulte eficaz. Llame a Servicios al Miembro para solicitar una lista de los medicamentos que cubrimos y que tratan la misma afección. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría servirle.

  O

- Solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, pueden solicitarnos que cubramos un medicamento que no figure en nuestra Lista de medicamentos o que lo cubramos sin límites. Si su proveedor opina que usted tiene una buena razón médica para pedir una excepción, podrá ayudarlo a pedirla.

D3. Solicitar una excepción

Si un medicamento que toma va a ser retirado de nuestra *Lista de medicamentos* o se va a limitar de alguna forma el año que viene, le permitimos solicitar una excepción antes del próximo año.

- Le informaremos de cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año que viene. Solicítenos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento para el próximo año como usted desee.

- Responderemos a su solicitud de excepción en un plazo de 72 horas desde que recibamos su solicitud (o la declaración de apoyo del profesional que receta la medicación).
- Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

Si necesita ayuda para pedir una excepción, llame a Servicios al Miembro o a su coordinador de atención.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre el 1.º de enero. Sin embargo, podríamos agregar o quitar medicamentos de la *Lista de medicamentos* durante el año. También es posible que cambiemos nuestras normas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

- Decidir si es o no es necesaria la autorización previa de un medicamento (el permiso que otorgamos antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad que puede obtener de un medicamento (límites de cantidades).
- Añadir o modificar las restricciones de la terapia escalonada para un medicamento (debe probar un medicamento antes de que le cubramos otro).
- Reemplazar un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

Debemos obtener la aprobación de Medicare para los cambios que hacemos a la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Para obtener más información sobre estas normas sobre los medicamentos, consulte la **Sección C**.

Si toma un medicamento que cubríamos al **comienzo** del año, en general no retiraremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

- se lance al mercado un medicamento nuevo más barato que funcione tan bien como un medicamento que se encuentre en ese momento en nuestra *Lista de medicamentos*, **o**
- nos enteremos de que un medicamento no es seguro, **o**

- se retire un medicamento del mercado.

¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando cambia nuestra *Lista de medicamentos*, siempre puede hacer lo siguiente:

- Consulte nuestra *Lista de medicamentos* en línea en www.firstchoicevipcare.com o
- Llame a Servicios al Miembro al número que aparece a pie de página para consultar sobre nuestra *Lista de medicamentos*.

Cambios que podemos realizar a la *Lista de medicamentos* que pueden afectarlo durante el año actual del plan

Algunos cambios en la *Lista de medicamentos* se aplican inmediatamente. Por ejemplo:

- Empieza a estar disponible un nuevo medicamento genérico. A veces, sale al mercado un nuevo medicamento genérico o biosimilar que es tan eficaz como un medicamento de marca o un producto biológico original que ya está incluido en la *Lista de medicamentos*. Cuando eso ocurre, es posible que quitemos el medicamento de marca y añadamos el medicamento genérico nuevo, pero el costo del nuevo medicamento seguirá siendo el mismo.

  Cuando agregamos un medicamento genérico nuevo, también es posible que mantengamos el medicamento de marca en la lista, pero que cambiemos las normas o los límites de su cobertura.

  - Es posible que no le informemos previamente sobre este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hemos realizado cuando suceda.
  - Usted o su proveedor pueden pedir una “excepción” a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos a seguir para pedir la excepción. Consulte el **Capítulo 9**, **Sección G** de este manual para obtener más información sobre las excepciones.

Retirada de medicamentos no seguros y otros medicamentos que se retiran del mercado. A veces, un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, es posible que lo eliminemos inmediatamente de nuestra *Lista de medicamentos.* Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de realizar el cambio. Comuníquese con quien le recetó el medicamento si tiene alguna pregunta.

Es posible que realicemos otros cambios que afecten a los medicamentos que usted toma. Le avisaremos con anticipación sobre estas modificaciones a nuestra *Lista de medicamentos.* Estos cambios pueden ocurrir en los siguientes casos:

- La FDA brinda nuevas guías o surgen guías clínicas nuevas sobre un medicamento.

Cuando estos cambios ocurran:

- le informaremos al menos 30 días antes de que cambiemos nuestra *Lista de medicamentos*, **o**
- le informaremos y le daremos un suministro del medicamento para 30 días después de que solicite una renovación.

Esto le da tiempo para hablar con su médico u otro profesional que recete el medicamento. Ellos pueden ayudarle a decidir:

- si hay un medicamento similar en nuestra *Lista de medicamentos* con el que pueda reemplazarlo, **o**
- si debe solicitar una excepción a estos cambios para que se siga cubriendo el medicamento o la versión del mismo que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

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

Es posible que realicemos cambios en los medicamentos que toma que no se describen anteriormente y que, por el momento, no le afecten. Con respecto a dichos cambios, si está tomando un medicamento que cubríamos a **principios** de año, por lo general no eliminamos ni modificamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si eliminamos un medicamento que está tomando, aumentamos lo que paga por el medicamento o limitamos su uso, dicho cambio no afectará a su uso del medicamento ni a lo que paga por él durante el resto del año.

Si se produce alguno de estos cambios en un medicamento que está tomando (excepto los cambios indicados en la sección anterior), el cambio no afectará a su uso hasta el 1.º de enero del año siguiente.

No le informaremos directamente sobre este tipo de cambios durante el año en curso. Deberá consultar la *Lista de medicamentos* para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible

durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio que pueda afectarle durante el próximo año del plan.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital o en un establecimiento de enfermería especializada durante una admisión que cubre nuestro plan

Si es admitido en un hospital o en un establecimiento de enfermería especializada para una admisión que cubre nuestro plan, por lo general cubrimos el costo de sus medicamentos su admisión hospitalaria. No pagará un copago. Cuando deja el hospital o establecimiento de enfermería especializada, cubrimos los medicamentos siempre que los medicamentos cumplan con todas nuestras normas de cobertura.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga, consulte el **Capítulo 6** de este Manual del Miembro.

F2. En un centro médico de atención a largo plazo

Por lo general, un centro médico de atención a largo plazo, como un establecimiento de enfermería, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si vive en un centro médico de atención a largo plazo, podría obtener sus medicamentos a través de la farmacia del centro médico si forma parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* para saber si la farmacia de su centro médico de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no es el caso o si necesita más información, llame a Servicios al Miembro.

F3. En un programa de atención para enfermos terminales certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por el plan de atención para enfermos terminales y por nuestro plan al mismo tiempo.

- Es posible que esté inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesite determinados medicamentos (por ejemplo, analgésicos, antieméticos, laxantes o ansiolíticos) que su centro de cuidados paliativos no cubre porque no están relacionados con su pronóstico terminal ni con sus afecciones. En ese caso, nuestro plan debe recibir una notificación del proveedor que receta el medicamento o de su centro de cuidados paliativos que indique que el medicamento no está relacionado con su pronóstico terminal antes de que podamos cubrirlo.

- Para evitar demoras para recibir cualquier medicamento no relacionado que nuestro plan deba cubrir, puede pedirle a su proveedor de atención para enfermos terminales o al profesional que recetó el medicamento que se asegure de avisarnos que el medicamento no tiene relación con su enfermedad antes de pedir a la farmacia que surta el medicamento bajo receta.

Si deja el plan de atención para enfermos terminales, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando terminen sus beneficios de atención para enfermos terminales de Medicare, lleve a la farmacia la documentación que verifique que dejó el centro de atención para enfermos terminales.

Consulte las secciones anteriores de este capítulo que describen los medicamentos que cubre nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre los beneficios de cuidados para enfermos terminales.

G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

G1. Programas para ayudarle a usar sus medicamentos de forma segura

Cada vez que surta una receta, verificaremos que no haya problemas como los siguientes:

- medicamentos que pueden ser innecesarios porque toma otros para tratar lo mismo
- medicamentos que quizás no son seguros debido a su edad o sexo
- ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo
- medicamentos que tienen ingredientes a los que es alérgico o podría serlo
- podría haber un error en las cantidades (dosis)
- medicamentos que tienen cantidades no seguras de analgésicos opioides.

Si encontramos algún posible problema en su uso de medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregirlo.

G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos

Nuestro plan tiene un programa para ayudar a los miembros con necesidades médicas complejas. En tales casos, podría ser elegible para recibir servicios, sin costo para usted, a través de un programa de administración de terapia con medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa los ayuda a usted y a su proveedor a garantizar que sus medicamentos funcionen para

mejorar su salud. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional médico harán una revisión completa de todos sus medicamentos y hablarán con usted sobre:

- cómo aprovechar al máximo los medicamentos que toma
- cualquier inquietud que tenga, como los costos de los medicamentos y sus reacciones
- cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos
- cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos bajo receta y de venta libre

Luego, le darán:

- Un resumen escrito de esta conversación. El resumen contiene un plan de acción relativo a los medicamentos, que recomienda lo que usted puede hacer para aprovechar al máximo su medicación.
- Una lista personal que incluye todos los medicamentos que toma con la cantidad, el horario y la razón por la cual los toma.
- Información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Le recomendamos que hable con el profesional que receta la medicación sobre su plan de acción y la lista de medicamentos.

- Lleve 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 médicos.
- Lleve su lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de administración de terapia con medicamentos (MTM) son voluntarios y gratuitos para los miembros que califican. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos en el programa y le enviaremos la información. Si no quiere estar en el programa, infórmenos y lo excluiremos.

Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicios al Miembro o con su coordinador de atención.

G3. Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de manera segura

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios proveedores que recetan o farmacias o si recientemente tuvo una sobredosis con opioides, podemos hablar con el proveedor que receta el medicamento opioide para asegurarnos de que su uso sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con el profesional que receta su medicación, si decidimos que su uso de opioides y las benzodiazepinas posiblemente no sea seguro, es posible que limitemos la manera de obtenerlos. Si lo ubicamos en el DMP, algunas limitaciones pueden incluir:

- Requerir que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de una cierta farmacia
- Exigir que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de ciertos profesionales que recetan su medicación
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepinas que cubriremos para usted

Si planeamos limitar la forma en que puede recibir estos medicamentos o la cantidad que puede recibir, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le indicará si le limitaremos la cobertura de estos medicamentos, o si se le exigirá obtener las recetas médicas para estos medicamentos de un proveedor específico o de una farmacia en particular.

Tendrá la oportunidad de decirnos cuáles son los proveedores que recetan la medicación o las farmacias que prefiere usar y cualquier otra información que considere que debemos saber. Luego de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirma la limitación.

Si considera que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o limitación, usted y el profesional que receta la medicación tendrán derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si continuamos negando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a estos medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a una organización de revisión independiente (IRO). Para obtener más información sobre las apelaciones y la IRO, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

Es posible que el DMP no aplique a su caso si usted:

- tiene ciertas afecciones, como cáncer o anemia falciforme;
- recibe atención para enfermos terminales, cuidados paliativos o atención al final de la vida, **o**
- vive en un centro médico de atención a largo plazo.

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos de Medicare y Healthy Connections Medicaid

Introducción

Este capítulo le indica lo que paga por sus medicamentos recetados para uso ambulatorio. Al decir “medicamentos”, nos referimos a:

- medicamentos de la Parte D de Medicare, **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por Health Connections Medicaid, **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por nuestro plan como beneficios adicionales.

Debido a que usted es elegible para Healthy Connections Medicaid, recibe Ayuda Adicional de Medicare para ayudarlo a pagar sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Le enviamos un documento aparte llamado "Cláusula de Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar medicamentos bajo receta" (también conocido como "Cláusula de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula LIS"), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicios al Miembro y solicite la "Cláusula LIS".

> **Ayuda Adicional** es un programa de Medicare que ayuda a las personas de bajos ingresos y recursos a reducir los costos de medicamentos de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. Ayuda Adicional también se denomina "Subsidio por bajos ingresos" o "LIS".

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Para informarse más sobre los medicamentos, puede buscar en estos lugares:

- Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*.
  - La llamamos la *Lista de medicamentos*. Le informa:
    - qué medicamentos pagamos
    - en cuál de los cinco niveles se encuentra cada medicamento
    - si existen límites en los medicamentos

- Si necesita una copia de nuestra *Lista de medicamentos*, llame a Servicios al Miembro. También puede consultar la copia más reciente de nuestra *Lista de medicamentos* en línea en www.firstchoicevipcare.com.

- **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro*.
  - Les indica cómo obtener sus medicamentos para uso ambulatorio a través de nuestro plan.
  - Incluye las normas que debe seguir. También le explica qué tipos de medicamentos no cubre nuestro plan.
  - Cuando usa la "herramienta de beneficios en tiempo real" del plan para buscar la cobertura de un medicamento (consulte el **Capítulo 5, Sección B2**), el costo que se muestra es un estimado de los costos de bolsillo que se espera que usted pague. Puede llamar a su coordinador de atención o a Servicios al Miembro para más información.

- Nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
  - En la mayoría de los casos, debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que acuerdan trabajar con nosotros.
  - El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera las farmacias de nuestra red. Consulte el **Capítulo 5** del *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las farmacias de la red.

Índice

A. La *Explicación de beneficios* (EOB) 149

B. Cómo realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos 150

C. Etapas de pago de los medicamentos de la Parte D de Medicare 152

D. Etapa 1: La etapa de cobertura inicial 152

D1. Sus opciones de farmacia 153

D2. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 153

D3. Lo que usted paga 154

D4. Fin de la etapa de cobertura inicial 159

E. Etapa 2: La etapa de cobertura catastrófica.....159

F. El costo de sus medicamentos si su médico le receta una cantidad inferior a la de un mes completo 159

G. Lo que paga por las vacunas de la Parte D.....160

G1. Lo que necesita saber antes de vacunarse 160

A. La *Explicación de beneficios* (EOB)

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos y los pagos que efectúa cuando recibe las recetas en la farmacia. Hacemos seguimiento de dos tipos de costos:

- Sus **costos de bolsillo**. Esta es la cantidad de dinero que usted u otras personas pagan en su nombre por sus recetas. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos hecho por sus familiares o amigos, cualquier pago hecho por sus medicamentos por parte del programa de Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP).
- Sus **costos totales de medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando obtiene medicamentos a través de nuestro plan, le enviamos un resumen llamado *Explicación de beneficios*. Lo llamamos la EOB para abreviar. La EOB no es una factura. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma, como los aumentos de precios, y otros medicamentos que pueden estar disponibles con costos compartidos más bajos. Puede hablar con su proveedor sobre estas opciones de costos más bajos. La EOB incluye:

- **Información para el mes.** El resumen le dice qué medicamentos obtuvo el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagamos y lo que usted y otras personas pagaron por usted.
- **Totales para el año desde el 1.° de enero.** Muestra los costos y los pagos totales de los medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre precios de medicamentos.** Este es el precio total del medicamento y los cambios en el precio del medicamento desde el primer surtido para cada solicitud de pago de una receta de la misma cantidad.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando corresponda, información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido por cada receta.

Ofrecemos cobertura de medicamentos no cubiertos por Medicare.

- Los pagos efectuados por estos medicamentos no se tendrán en cuenta para el total de sus gastos de bolsillo.
- También pagamos algunos medicamentos de venta libre. No tiene que pagar nada por estos medicamentos.
- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra *Lista de medicamentos*. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta y de venta libre están cubiertos por Healthy Connections Medicaid. Estos medicamentos están incluidos en la Lista de medicamentos.

B. Cómo realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos

Para realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza, utilizamos los registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Cómo nos puede ayudar

1. **Use su tarjeta de ID de miembro.**

   Muestre su tarjeta de ID de miembro cuando surta sus recetas. Esto nos ayuda a saber qué recetas surte y cuánto paga.

2. **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.**

   Envíenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que pagó. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que nos corresponde del costo del medicamento.

   Los siguientes son ejemplos de las ocasiones en las que debe proporcionarnos copias de sus recibos:

   - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no es parte de los beneficios de nuestro plan
   - Cuando paga un copago por medicamentos que obtiene en virtud del programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos
   - Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red
   - Cuando paga el precio completo de un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.

Para más información sobre cómo solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.

3. **Envíenos información sobre los pagos que otros hagan por usted.**

   Los pagos realizados por otras personas y organizaciones determinadas también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus gastos de bolsillo. Esto puede ayudarle a cumplir los requisitos para la cobertura catastrófica. Cuando alcance la etapa de cobertura catastrófica, nuestro plan pagará todos los costos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare durante el resto del año.

4. **Verifique las EOB que le enviamos.**

Cuando reciba una EOB por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta.

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Verifique las fechas. ¿Recogió los medicamentos ese día?
- **¿Recogió los medicamentos que figuran en la lista?** ¿Coinciden con los que aparecen en sus recibos? ¿Coinciden los medicamentos con lo que le recetó su médico?

B1. ¿Qué sucede si encuentra errores en este resumen?

Si hay algo que le resulte confuso o que no le parezca correcto en este EOB, llámenos a Servicios al Miembro de First Choice VIP Care. También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestra página web: www.firstchoicevipcare.com.

B2. ¿Y qué hay de un posible fraude?

Si en este resumen aparecen medicamentos que usted no está tomando o cualquier otro dato que le parezca sospechoso, póngase en contacto con nosotros.

- Llámenos a Servicios al Miembro de First Choice VIP Care.
- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números sin cargo.

Si cree que algo está mal o falta, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro. Conserve estas EOB. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

C. Etapas de pago de los medicamentos de la Parte D de Medicare

Hay dos etapas de pago en la cobertura de su medicamento de la Parte D de Medicare en nuestro plan. Lo que pague por cada receta depende de su nivel de Ayuda Adicional y de la etapa en la que se encuentra cuando surta o renueve su receta. Estas son las dos etapas:

Etapa 1: Etapa de cobertura inicial	**Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica**
Durante esta etapa, pagamos parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte. Su parte se llama el copago. Usted comienza esta etapa cuando surte la primera receta médica del año.	Durante esta etapa, pagamos todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2027. Usted comienza esta etapa cuando haya pagado una determinada suma de gastos de bolsillo.

D. Etapa 1: La etapa de cobertura inicial

Durante la etapa de cobertura inicial, pagamos su parte del costo de sus medicamentos cubiertos, y usted paga su parte. Su parte se llama el copago. El copago depende del nivel de costo compartido en el que se encuentre el medicamento y dónde lo obtenga.

Los niveles de costos compartidos son grupos de medicamentos con el mismo copago. Todos los medicamentos de la *Lista de medicamentos* de nuestro plan se incluyen en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el número del nivel, mayor será el copago. Para saber cuáles son los niveles de costos compartidos de sus medicamentos, consulte nuestra *Lista de medicamentos*.

Es posible que pague entre $0 y $14.40, en función de su nivel de ingresos y de "Ayuda Adicional". Consulte la Tabla resumen de primas del LIS de la Parte D de 2027 para obtener más detalles sobre los montos que podría tener que pagar en función de su nivel de Subsidio por bajos ingresos (LIS).

- Los medicamentos de Nivel 1 son medicamentos genéricos preferidos. El copago es de $0.

- Los medicamentos de Nivel 2 son medicamentos genéricos. El copago no supera los $0, $1.65 o $5.80 para los medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes. No supera los $0, $5 o $14.40 para otros medicamentos, dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional".
- Los medicamentos de Nivel 3 son medicamentos de marca preferidos. El copago no supera los $0, $1.65 o $5.80 para los medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes. No supera los $0, $5 o $14.40 para otros medicamentos, dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional".
- Los medicamentos de Nivel 4 son medicamentos no preferidos. El copago no supera los $0, $1.65 o $5.80 para los medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes. No supera los $0, $5 o $14.40 para otros medicamentos, dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional".
- Los medicamentos de Nivel 5 son de especialidad. El copago no supera los $0, $1.65 o $5.80 para los medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes. No supera los $0, $5 o $14.40 para otros medicamentos, dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional".

D1. Sus opciones de farmacia

Lo que usted paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento en:

- una farmacia minorista de la red, **o**
- una farmacia fuera de la red. En casos limitados, cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para saber cuándo lo hacemos.
- La farmacia de envíos por correo de nuestro plan.

Para informarse más sobre estas opciones, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

D2. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) cuando surte su receta médica. Un suministro a largo plazo es un suministro que dura hasta 90 días. Le cuesta lo mismo que un suministro para un mes.

Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de este o nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

D3. Lo que usted paga

Durante la etapa de cobertura inicial, usted podría pagar un copago cada vez que surte una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el precio que sea más bajo.

Comuníquese con Servicios al Miembro para consultar cuánto es su copago para un medicamento cubierto.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro para un mes o un suministro prolongado de un medicamento cubierto de:

	Una farmacia de la red Un suministro para un mes o hasta 90 días	**El servicio de pedido por correo de nuestro plan** Un suministro para un mes o hasta 90 días	**Una farmacia de atención a largo plazo de la red** Suministro de hasta 31 días	**Una farmacia fuera de la red** Suministro de hasta 30 días La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el **Capítulo 5** del *Manual del Miembro* para más detalles.
Costos compartidos Nivel 1 (Genérico preferido de la Parte D)	Usted paga $0 de copago.	Usted paga $0 de copago.	Usted paga $0 de copago.	Usted paga $0 de copago.
Costos compartidos Nivel 2 (Genérico de la Parte D)	En función de su nivel de Ayuda Adicional, usted no paga más de: • $0, $1.65 o $5.80 para los medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes • $0, $5, o $14.40 por otros medicamentos	En función de su nivel de Ayuda Adicional, usted no paga más de: • $0, $1.65 o $5.80 para los medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes • $0, $5, o $14.40 por otros medicamentos	En función de su nivel de Ayuda Adicional, usted no paga más de: • $0, $1.65 o $5.80 para los medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes • $0, $5, o $14.40 por otros medicamentos	En función de su nivel de Ayuda Adicional, usted no paga más de: • $0, $1.65 o $5.80 para los medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes • $0, $5, o $14.40 por otros medicamentos

	Una farmacia de la red Un suministro para un mes o hasta 90 días	**El servicio de pedido por correo de nuestro plan** Un suministro para un mes o hasta 90 días	**Una farmacia de atención a largo plazo de la red** Suministro de hasta 31 días	**Una farmacia fuera de la red** Suministro de hasta 30 días La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el **Capítulo 5** del *Manual del Miembro* para más detalles.
Costos compartidos **Nivel 3** (De marca preferida de la Parte D)	En función de su nivel de Ayuda Adicional, usted no paga más de: • $0, $1.65 o $5.80 para los medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes • $0, $5, o $14.40 por otros medicamentos	En función de su nivel de Ayuda Adicional, usted no paga más de: • $0, $1.65 o $5.80 para los medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes • $0, $5, o $14.40 por otros medicamentos	En función de su nivel de Ayuda Adicional, usted no paga más de: • $0, $1.65 o $5.80 para los medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes • $0, $5, o $14.40 por otros medicamentos	En función de su nivel de Ayuda Adicional, usted no paga más de: • $0, $1.65 o $5.80 para los medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes • $0, $5, o $14.40 por otros medicamentos

	Una farmacia de la red Un suministro para un mes o hasta 90 días	**El servicio de pedido por correo de nuestro plan** Un suministro para un mes o hasta 90 días	**Una farmacia de atención a largo plazo de la red** Suministro de hasta 31 días	**Una farmacia fuera de la red** Suministro de hasta 30 días La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el **Capítulo 5** del *Manual del Miembro* para más detalles.
Costos compartidos **Nivel 4** (De marca no preferida de la Parte D)	En función de su nivel de Ayuda Adicional, usted no paga más de: • $0, $1.65 o $5.80 para los medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes • $0, $5, o $14.40 por otros medicamentos	En función de su nivel de Ayuda Adicional, usted no paga más de: • $0, $1.65 o $5.80 para los medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes • $0, $5, o $14.40 por otros medicamentos	En función de su nivel de Ayuda Adicional, usted no paga más de: • $0, $1.65 o $5.80 para los medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes • $0, $5, o $14.40 por otros medicamentos	En función de su nivel de Ayuda Adicional, usted no paga más de: • $0, $1.65 o $5.80 para los medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes • $0, $5, o $14.40 por otros medicamentos

	Una farmacia de la red Un suministro para un mes o hasta 90 días	**El servicio de pedido por correo de nuestro plan** Un suministro para un mes o hasta 90 días	**Una farmacia de atención a largo plazo de la red** Suministro de hasta 31 días	**Una farmacia fuera de la red** Suministro de hasta 30 días La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el **Capítulo 5** del *Manual del Miembro* para más detalles.
Costos compartidos **Nivel 5** (De especialidad de la Parte D)	En función de su nivel de Ayuda Adicional, usted no paga más de: • $0, $1.65 o $5.80 para los medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes • $0, $5, o $14.40 por otros medicamentos Para el Nivel 5, la cobertura se limita a un suministro para 30 días.	En función de su nivel de Ayuda Adicional, usted no paga más de: • $0, $1.65 o $5.80 para los medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes • $0, $5, o $14.40 por otros medicamentos Para el Nivel 5, la cobertura se limita a un suministro para 30 días.	En función de su nivel de Ayuda Adicional, usted no paga más de: • $0, $1.65 o $5.80 para los medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes • $0, $5, o $14.40 por otros medicamentos	En función de su nivel de Ayuda Adicional, usted no paga más de: • $0, $1.65 o $5.80 para los medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes • $0, $5, o $14.40 por otros medicamentos

El costo compartido se basa en el nivel de Ayuda Adicional que usted recibe y en el estado de aprobación del medicamento la FDA.

Para obtener información sobre qué farmacias pueden proporcionarle suministros a largo plazo, consulte nuestro *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.

D4. Fin de la etapa de cobertura inicial

La etapa de cobertura inicial finaliza cuando el total de sus gastos de bolsillo alcanzan los $2,400. En este punto comienza la etapa de cobertura catastrófica. Cubrimos todos los costos de sus medicamentos desde entonces hasta que finalice el año.

Su EOB le ayuda a llevar un registro de lo que ha pagado por sus medicamentos durante el año. Le avisaremos si alcanza el límite de $2,400. Muchas personas no lo alcanzan en un año.

E. Etapa 2: La etapa de cobertura catastrófica

Cuando alcance el límite de gastos de bolsillo de $2,400 en medicamentos, comienza la etapa de cobertura catastrófica. Usted permanece en la etapa de cobertura catastrófica hasta que finalice el año calendario. Durante esta etapa, no tiene que pagar nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D.

F. El costo de sus medicamentos si su médico le receta una cantidad inferior a la de un mes completo

Por lo general, usted paga un copago para cubrir el suministro para un mes completo del medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede hacerle recetas médicas para un suministro de menos de un mes.

- Puede haber ocasiones en las que usted quiera pedirle a su médico que le recete una cantidad de medicamento menor a la de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez).
- Si su médico está de acuerdo, no tendrá que pagar el suministro completo de un mes para determinados medicamentos.

Cuando reciba un suministro de un medicamento inferior a un mes, el importe que pagará se basará en el número de días de tratamiento que reciba. Calculamos el monto que paga por día para su medicamento (la "tasa diaria de costos compartidos") y la multiplicamos por el número de días de suministro de medicamento que recibe.

- Este es un ejemplo: Digamos que el copago para el suministro de un mes completo de su medicamento (30 días de suministro) es de $1.35. Esto significa que el monto que paga por su medicamento es inferior a $0.05 al día. Si recibe un suministro de siete días

del medicamento, su pago será inferior a $0.05 al día multiplicado por siete días, lo que resulta en un pago total inferior a $0.35.

- El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento le resulte eficaz antes de pagar el suministro de todo un mes.
- También puede pedir a su médico que le recete una cantidad de medicamento inferior a la de un mes completo para ayudarle a:
  - Planificar mejor cuándo renovar sus recetas
  - Coordinar las renovaciones con otros medicamentos para que tenga que ir menos veces a la farmacia

G. Lo que paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B de Medicare. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en nuestra *Lista de medicamentos*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D de Medicare sin costo para usted. Consulte la *Lista de medicamentos* de nuestro plan o comuníquese con Servicio al Miembro para información sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D de Medicare tiene dos partes:

1. La primera parte es por el costo de la vacuna en sí.
2. La segunda parte es por el costo de la administración de la vacuna. Por ejemplo, a veces puede recibir la vacuna en forma de inyección que le administra su médico.

G1. Lo que necesita saber antes de vacunarse

Le recomendamos que llame a Servicios al Miembro si planea recibir una vacuna.

- Podemos informarle la manera en que nuestro plan cubre su vacuna.

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

Introducción

Este capítulo le indica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar el pago. También le informa cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos 162

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago 165

C. Decisiones de cobertura.....166

D. Apelaciones.....167

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos

Los proveedores de nuestra red deben facturar al plan los servicios y medicamentos cubiertos después de que los haya recibido. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

No permitimos que los proveedores de First Choice VIP Care le cobren por estos servicios. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier cobro del proveedor.

Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos, no la pague y envíenosla. Para enviarnos una factura, consulte la **Sección B**.

- Si cubrimos los servicios o los medicamentos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o los medicamentos y usted ya pagó más de la parte del costo que le corresponde, tiene derecho a un reembolso.
    - Si pagó por los servicios cubiertos por Medicare, se lo reembolsaremos.
    - Si pagó por los servicios cubiertos por Healthy Connections Medicaid, no podemos reembolsarle el dinero, pero el proveedor sí lo hará. Servicios al Miembro o su coordinador de atención y el defensor de Healthy Connections Prime le ayudarán a contactarse con el consultorio del proveedor. Consulte a pie de página el número de teléfono del Servicios al Miembro.
- Si no cubrimos los servicios o los medicamentos, se lo comunicaremos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro o a su coordinador de atención. Si no sabe qué debería haber pagado, o si recibe una factura y no sabe qué hacer con ella, lo podemos ayudar. También puede llamarnos si desea darnos información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

Ejemplos de ocasiones en las que es posible que deba pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que recibió:

1. **Cuando recibe atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red**

   Pida al proveedor que nos facture.

   - Si usted paga el monto total en el momento en que recibe la atención, necesita solicitarnos el reembolso. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado.

- Es posible que reciba una factura del proveedor donde se le solicite un pago que usted cree que no debe. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
    - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos al proveedor directamente.
    - Si ya ha pagó más de su parte del costo del servicio de Medicare, calcularemos cuánto debía y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos. Es importante mostrar su tarjeta de ID de miembro de cuando recibe cualquier servicio o medicamento recetado. Sin embargo, a veces cometen errores y le solicitan a usted que pague por sus servicios o por más de su parte de los costos. **Llame a Servicios al Miembro** o a su coordinador de atención al número que figura a pie de página **si recibe alguna factura.**

- Ya que nosotros pagamos el costo total de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado. Le reembolsaremos los servicios cubiertos.

3. Si su inscripción en nuestro plan es retroactiva

En ocasiones, su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya pasó. Es posible que incluso haya sido el año pasado.)

- Si se inscribió de forma retroactiva y pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos el reembolso.
- Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado.

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

Si usa una farmacia fuera de la red, usted paga el costo total de su receta médica.

- En solo unos pocos casos, cubriremos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite el reembolso de su parte del costo.
- Consulte el **Capítulo 5** del *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.
- Es posible que no le paguemos la diferencia entre lo que usted pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare porque no lleva su tarjeta de identificación de miembro con usted

Si no lleva su tarjeta de identificación de miembro del plan con usted, puede solicitar a la farmacia que nos llame o que consulte su información de inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total de la receta o volver a la farmacia con su tarjeta de identificación de miembro
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite el reembolso de su parte del costo.
- Es posible que no le paguemos el costo completo si el precio en efectivo que pagó es mayor que el precio acordado para la receta médica.

6. Cuando paga el costo total de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare por un medicamento que no está cubierto

Puede pagar el costo total de la receta médica porque el medicamento no está cubierto.

- Es posible que el medicamento no figure en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)* en nuestra página web, o que tenga algún requisito o restricción que usted no conozca o que considere que no se aplica a su caso. Si decide obtener el medicamento, es posible que deba pagar el costo total.
    - Si no paga el medicamento, pero cree que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*).
    - Si usted y su médico u otro profesional que receta su medicación creen que necesita el medicamento de inmediato (dentro de las 24 horas), puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*).

- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite un reembolso. En algunos casos, es posible que necesitemos obtener más información de su médico u otro profesional que receta su medicación para que le devolvamos nuestra parte del costo del medicamento. Es posible que no le paguemos el costo completo si el precio que pagó es mayor que el precio acordado para la receta médica.

Cuando nos envía una solicitud de pago, la revisamos y decidimos si el servicio o medicamento deberían cubrirse. Esto se llama tomar una "decisión de cobertura". Si decidimos que el servicio o medicamento deberían cubrirse, pagaremos nuestra parte del costo.

Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Para saber cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago

Envíenos su factura y prueba de cualquier pago que haya realizado por servicios de Medicare o llámenos. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Le recomendamos hacer una copia de la factura y de los recibos como constancia.** Puede pedir ayuda a su coordinador de atención. Debe enviarnos su información dentro de los 365 días de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

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

- No tiene la obligación de usar el formulario, pero nos ayuda a procesar la información más rápido.
- Puede obtener el formulario en nuestro sitio web (www.firstchoicevipcare.com), o puede llamar a Servicios al Miembro y solicitar el formulario.

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

Para servicios médicos:	**Para medicamentos:**
First Choice VIP Care P.O. Box 7183 London, KY 40742-7183	First Choice VIP Care Attention: Direct Member Reimbursement P.O. Box 516 Essington, PA 19029

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión de cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, producto o medicamento. También decidimos la cantidad de dinero, si la hubiera, que usted debe pagar.

- Le informaremos si necesitamos más información por su parte.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, producto o medicamento y usted cumplió con todas las normas para obtenerlo, pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos un cheque por correo por nuestra parte del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse todo el monto que pagó (por ejemplo, si obtiene un medicamento de una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio acordado). Si usted no lo pagó, le pagaremos directamente al proveedor.

El **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* explica las normas para obtener sus servicios cubiertos. El **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* explica las normas para obtener sus medicamentos de la Parte D de Medicare.

- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo del servicio o del medicamento, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también explica sus derechos a presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9, Sección E**.

D. Apelaciones

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, puede solicitarnos que cambiemos nuestra decisión. A esto se le llama "presentar una apelación". También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que pagamos.

El proceso formal de apelaciones tiene procedimientos y plazos detallados. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9, Sección E**, de este *Manual del Miembro*.

- Para presentar una apelación relativa al reembolso de un servicio médico, consulte la **Sección F**.
- Para presentar una apelación relativa al reembolso de un medicamento, consulte la **Sección G**.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que se adapte a sus necesidades..169

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs 170

B. Nuestra responsabilidad de brindarle acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.171

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI) 172

C1. Cómo protegemos su PHI 172

C2. Su derecho a consultar sus registros médicos.....172

D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información 173

E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente 174

F. Su derecho para dejar nuestro plan 174

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica.....175

G1. Su derecho a conocer las opciones de tratamiento y a tomar decisiones 175

G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica por su cuenta.....176

G3. Qué hacer si no se respetan sus instrucciones 177

H. Su derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos nuestras decisiones 177

H1. Qué hacer frente a un trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos.....177

I. Sus responsabilidades como miembro del plan 178

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que se adapte a sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de forma culturalmente adecuada y que sean accesibles para todos, incluidos aquellos con una competencia limitada en inglés, comprensión lectora limitada, discapacidad auditiva, o aquellos con orígenes culturales y étnicos diversos. Además, debemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de una manera que pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda comprender, llame a Servicios al Miembro. Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para responder las preguntas en otros idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en idiomas distintos del inglés, incluido el español y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios al Miembro o escriba a First Choice VIP Care, P.O. Box 7183, London, KY 40742-7183.
- Puede solicitar esta información, ahora y en el futuro, en otro idioma distinto del inglés o en otro formato llamando a Servicios al Miembro al **1-888-996-0499 (TTY 711)**. También le preguntaremos cuál es su preferencia en nuestra llamada de bienvenida y, más adelante en el año, cuando se comunique con el plan. El plan conservará su solicitud y continuará enviando la documentación en el formato solicitado, a menos que nos pida que cancelemos o cambiemos la solicitud. Puede cancelar o cambiar su solicitud en cualquier momento con solo llamar a Servicios al Miembro. Las llamadas son gratuitas.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Healthy Connections Medicaid al 1-888-549-0820, de 8 a. m. a 6 p. m., de lunes a viernes, hora del Este.
- Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English including Spanish and in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call Member Services or write to First Choice VIP Care, P.O. Box 7183, London, KY 40742-7183.
- You can make a request to get information, now and in the future, in a language other than English or in another format by calling Member Services at **1-888-996-0499 (TTY 711)**. We'll also ask for your preference during our Welcome Call and later in the year, when you contact the plan. The plan will store your request and continue to send future documents in the requested format, unless you ask us to cancel or change the request. You can cancel or change your request at any time, simply by calling Member Services. The calls are free.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.
- Healthy Connections Medicaid at 1-888-549-0820, 8 a.m. to 6 p.m., Monday through Friday, Eastern time.
- Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

B. Nuestra responsabilidad de brindarle acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derechos.

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP y cómo elegir uno en el **Capítulo 3** de este *Manual del miembro.*
    - Llame a su coordinador de atención o a Servicios al Miembro, o consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y sobre qué médicos aceptan nuevos pacientes.
- Tiene derecho a un especialista en salud de la mujer sin obtener una derivación. Una derivación es la aprobación de su PCP para usar un proveedor que no es su PCP.
- Tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un período de tiempo razonable.
    - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas.
    - Si no puede obtener los servicios dentro de un período de tiempo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir los servicios de emergencia o atención que se necesiten con urgencia sin autorización previa.
- Tiene derecho a que le surtan sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.
- Tiene derecho a saber cuándo puede utilizar un proveedor fuera de la red. Para saber más sobre los proveedores que no pertenecen a la red, consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro*.

El **Capítulo 9** de este Manual del Miembro explica qué puede hacer si considera que no está recibiendo sus servicios o medicamentos en un plazo razonable. Asimismo, le informa qué puede hacer si le negamos la cobertura de sus servicios o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)

Protegemos su PHI según lo exigen las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan. También incluye sus registros médicos y otra información médica y de salud.

Tiene derechos relacionados con su información y la manera de controlar cómo se usa su PHI. Podemos brindarle un aviso escrito que habla sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de PHI. El aviso se denomina "Aviso de prácticas de privacidad".

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada vea o modifique sus registros.

Excepto en los casos que se mencionan a continuación, no proporcionamos su PHI a nadie que no le brinde atención o no pague por su atención. Si lo hiciéramos, primero deberíamos obtener su permiso por escrito. Usted, o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones en su nombre, puede otorgar permiso por escrito.

En ocasiones, no es necesario obtener primero su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o exigidas por la ley:

- Debemos entregar la PHI a los organismos gubernamentales que supervisan la calidad de la atención de nuestro plan.
- Debemos entregar la PHI por orden judicial.
- Debemos entregar a Medicare y a Healthy Connections Medicaid su PHI, incluida la información sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Si Medicare y/o Healthy Connections Medicaid divulgan su PHI con fines de investigación u otros usos, lo hacen de conformidad con las leyes federales.

C2. Su derecho a consultar sus registros médicos

- Tiene derecho a ver sus registros médicos y a obtener una copia de sus registros.
- Tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si nos solicita que lo hagamos, trabajaremos con su proveedor médico para decidir si es necesario realizar cambios.

- Tiene derecho a saber si compartimos su información médica protegida (PHI) con terceros, y de qué manera lo hacemos, para cualquier fin que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame a Servicios al Miembro.

D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a recibir información de nuestra parte sobre nuestro plan, los proveedores de nuestra red y los servicios que están cubiertos.

Si no habla inglés, disponemos de servicios de interpretación para responder a las preguntas que tenga sobre nuestro plan. Para solicitar un intérprete, llame a Servicios al Miembro. Este servicio es gratuito para usted. Puede solicitar esta información, ahora y en el futuro, en otro idioma distinto del inglés o en otro formato llamando a Servicios al Miembro al **1-888-996-0499 (TTY 711)**. Tenemos materiales escritos disponibles en español. También podemos brindarle información en letra grande, braille o audio.

Si desea información sobre cualquiera de los siguientes, llame a Servicios al Miembro:

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, que incluye:
  - información financiera
  - cómo nos han calificado los miembros del plan
  - el número de apelaciones hechas por miembros
  - cómo desafiliarse del plan
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, que incluyen:
  - cómo elegir o cambiar de proveedores de atención primaria
  - credenciales de los proveedores y las farmacias de nuestra red
  - cómo pagamos a los proveedores de nuestra red
- Servicios y medicamentos cubiertos, que incluyen:

- servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual del Miembro*) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual del Miembro*) cubiertos por nuestro plan
- límites a su cobertura y medicamentos
- normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos

- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*), incluido pedirnos:
  - poner por escrito por qué algo no está cubierto
  - cambiar una decisión que tomamos
  - pagar una factura que recibió

E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden obligarlo a pagar los servicios cubiertos. Tampoco pueden presentarle una factura por la diferencia ni cobrarle si nuestro pago es menor que el monto que el proveedor cobró. Para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle por los servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.

F. Su derecho para dejar nuestro plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si no lo desea.

- Tiene derecho a obtener la mayoría de sus servicios de atención médica a través de Original Medicare u otro plan Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare a través de un plan de medicamentos o de otro plan MA.
- Consulte el **Capítulo 10** de este *Manual del Miembro*:
  - Para obtener más información sobre cuándo puede participar en un nuevo plan MA o en un nuevo plan de beneficios de medicamentos.
  - Para obtener información sobre cómo recibirá sus beneficios de Medicaid de Healthy Connections si deja nuestro plan.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a recibir información completa por parte de sus médicos y otros proveedores de atención médica para que pueda tomar decisiones sobre su atención médica.

G1. Su derecho a conocer las opciones de tratamiento y a tomar decisiones

Sus proveedores deben explicarle su afección y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene los siguientes derechos:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen sobre todos los tipos de tratamiento. Debemos informarle de antemano si el servicio o el tratamiento propuesto son parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a rechazar los tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a acudir a otro médico antes de decidir el tratamiento.
- **Derecho a decir que no.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a dejar el hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que se quede. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no le daremos de baja del plan. Sin embargo, si usted rechaza el tratamiento o deja de tomar el medicamento, acepta toda la responsabilidad de lo que le sucede a su cuerpo en consecuencia.
- **Pedirnos que le expliquemos por qué un proveedor denegó la atención.** Tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le negó la atención que cree que debería recibir.
- **Pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que fue denegado o que generalmente no está cubierto.** Esto se llama una decisión de cobertura. El **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica por su cuenta

A veces, las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por sí mismas. Antes de que esto le suceda, usted puede:

- Completar un formulario por escrito en el que **otorga a otra persona el derecho a tomar decisiones sobre su atención médica** por si en algún momento, usted no pueda tomarlas por usted mismo.
- **Proporcione a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo gestionar su atención médica en caso de que no pueda tomar decisiones por usted mismo, incluyendo la atención que **no** desee recibir.

El documento legal que utiliza para dar sus instrucciones se llama "última voluntad médica". Existen diferentes tipos de última voluntad médica y tienen nombres distintos. Algunos ejemplos son un testamento vital y un poder notarial para la atención médica.

No tiene la obligación de tener una última voluntad médica, pero puede tenerla. Esto es lo que debe hacer si quiere usar una última voluntad médica:

- **Conseguir el formulario.** Puede obtener un formulario de última voluntad médica mediante su abogado, un trabajador social o algunas tiendas de insumos para oficinas. Las farmacias y los consultorios médicos a menudo tienen los formularios. Puede buscar un formulario gratuito en línea y descargarlo.
- **Completar el formulario y firmarlo.** El formulario es un documento legal. Considere la posibilidad de que un abogado o alguna otra persona de su confianza, como un familiar o su PCP, le ayude a completarlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas que necesiten saber de él.** Entregue una copia del formulario a su médico. También debería entregar una copia a la persona que designe para tomar decisiones en su nombre en caso de que usted no pueda hacerlo. Quizá quiera entregar copias a amigos cercanos o familiares. Conserve una copia en casa.
- Si va a ser hospitalizado y una última voluntad médica firmada, **lleve una copia con usted al hospital**.
    - El hospital le preguntará si tiene un formulario de última voluntad médica y si lo tiene con usted.

- Si no tiene un formulario de última voluntad médica firmado, el hospital tiene formularios y le preguntarán si desea firmar uno.

Usted tiene los siguientes derechos:

- Tener una última voluntad médica junto con sus registros médicos.
- Cambiar o cancelar su última voluntad médica en cualquier momento.

Por ley, nadie puede negarle atención o discriminarlo por haber firmado o no una última voluntad médica. Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

G3. Qué hacer si no se respetan sus instrucciones

Si firmó una última voluntad médica y considera que un médico o un hospital no ha seguido las instrucciones incluidas en ella, usted o su representante autorizado pueden presentar una queja ante su coordinador de atención.

H. Su derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos nuestras decisiones

El **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* le indica qué puede hacer si tiene algún problema o inquietud respecto a sus servicios o atención cubiertos. Por ejemplo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja.

Tiene derecho a obtener información sobre apelaciones y quejas que otros miembros del plan hayan presentado en contra nuestra. Llame a Servicios al Miembro para obtener esta información.

H1. Qué hacer frente a un trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos

Si considera que lo tratamos de forma injusta —y **no se trata** de un caso de discriminación por los motivos enumerados en el **Capítulo 11** de este *Manual del Miembro*— o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede llamar a:

- Servicios al Miembro.
- El programa I-CARE al 1-800-868-9095. Para más información sobre I-CARE, consulte el **Capítulo 2, Sección C**.

- Programa del Defensor del Pueblo (Ombudsperson) al 1-844-477-4632 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del Este. Para obtener más información sobre este programa, consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro.*

Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar "Derechos y protecciones de Medicare", que se encuentra en el sitio web de Medicare en www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf.)

También puede visitar el sitio web del programa Healthy Connections Medicaid en www.scdhhs.gov/resources/health-managed-care-plans/dual-special-needs-plans.

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, tiene la responsabilidad de hacer las cosas que se enumeran a continuación. Si tiene alguna duda, llame a Servicios al Miembro.

- **Lea este *Manual del Miembro*** para saber qué cubre nuestro plan y qué normas debe seguir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre su:
  - Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual del Miembro*. Esos capítulos le informan qué está cubierto, qué no está cubierto, qué normas debe seguir y cuánto paga.
  - Medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual del Miembro*.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos** que tenga. Debemos asegurarnos de que utilice todas sus opciones de cobertura cuando reciba atención médica. Llame a Servicios al Miembro si tiene otra cobertura.
- **Dígale a su médico y demás proveedores médicos** que es miembro de nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y otros proveedores de atención médica a brindarle la mejor atención.
  - Bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acordaron.

- Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
- Haga todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta, vuelva a preguntar.
- Asegúrese de solicitar una consulta con su médico para los chequeos anuales o los tratamientos. Es importante que informe a su médico si no puede acudir a la consulta. También es importante que solicite una nueva consulta lo antes posible para mantener su salud y bienestar. Si necesita ayuda para solicitar una consulta, póngase en contacto con Servicios al Miembro.

- **Sea considerado.** Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, los hospitales y los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Primas de la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de First Choice VIP Care, Medicaid paga la prima de la Parte A de Medicare y la prima de la Parte B de Medicare.
  - En el caso de algunos de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, deberá pagar su parte del costo cuando adquiera el medicamento. Será un copago o un coseguro. El **Capítulo 6** le explica lo que deberá pagar por sus medicamentos.
  - **Si recibe algún servicio o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, debe pagar el costo total.** (**Nota:** Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9, Sección E** para saber cómo presentar una apelación.)
- **Infórmenos si se muda.** Si tiene previsto mudarse, infórmenos de inmediato. Llame a su coordinador de atención o a Servicios al Miembro.
  - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá seguir en nuestro plan.** Solo las personas que vivan en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. En el **Capítulo 1** de este *Manual del Miembro* se describe nuestra área de servicio.

- Podemos ayudarle a averiguar si se va a mudar fuera de nuestra área de servicio. Podemos indicarle si tenemos un plan en su nueva área.
- Comunique su nueva dirección a Medicare y a Healthy Connections Medicaid cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para obtener los números de teléfono de Medicare y de Healthy Connections Medicaid.
- **Si se muda y permanece dentro de nuestra área de servicio, también debemos saberlo.** Necesitamos mantener actualizado su registro de afiliación y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o la Junta de Retiro de Empleados Ferroviarios).**

- Llámenos de inmediato si tiene un reclamo por accidente laboral, una demanda pendiente por daños personales o negligencia médica, o si tuvo un accidente de tráfico.
- **Llame a Servicios al Miembro para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También puede llamar a su coordinador de atención para hablar sobre su participación en exámenes de detección iniciales y/o en una evaluación integral.

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

Introducción

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Tiene un problema o una queja sobre nuestro plan.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que nuestro plan dijo que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que nuestro plan tomó sobre su atención.
- Cree que sus servicios cubiertos terminan demasiado pronto.

Este capítulo tiene diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente lo que busca. **Si tiene algún problema o inquietud, lea las partes de este capítulo que corresponden a su situación.**

Hay una oficina del defensor (ombudsman) en South Carolina. Para ponerse en contacto con esta oficina y obtener recursos adicionales que le ayuden a resolver sus inquietudes, consulte el **Capítulo 2, Sección H**, para obtener más información.

Índice

A. Qué hacer si tiene un problema o una inquietud 184

A1. Acerca de los términos legales 184

B. Dónde puede recibir ayuda 184

B1. Para más información y ayuda 184

C. Comprender las quejas y apelaciones a Medicare y Healthy Connections Medicaid en nuestro plan 186

D. Problemas con sus beneficios 186

E. Decisiones de cobertura y apelaciones 186

E1. Decisiones de cobertura 187

E2. Apelaciones 187

E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones 188

E4. Cuál sección de este capítulo puede ayudarle 189

F. Atención médica 189

F1. Cómo utilizar esta sección 190

F2. Cómo solicitar decisiones de cobertura 190

F3. Cómo presentar una apelación de Nivel 1 193

F4. Cómo presentar una apelación de Nivel 2 198

F5. Problemas de pago 202

G. Medicamentos de la Parte D de Medicare 203

G1. Decisiones de cobertura de la Parte D de Medicare y apelaciones 204

G2. Excepciones de la Parte D de Medicare 205

G3. Cosas importantes que debe saber sobre cómo solicitar una excepción 207

G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 208

G5. Cómo presentar una apelación de Nivel 1 211

G6. Cómo presentar una apelación de Nivel 2 214

H. Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada 216

H1. Conocer sus derechos de Medicare 216

H2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1 217

H3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2 219

I. Cómo solicitar que sigamos cubriendo determinados servicios médicos 220

I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura 221

I2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1 221

I3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2 223

J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2 224

J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare 224

J2. Apelaciones adicionales de Healthy Connections Medicaid 225

J3. Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de Medicare de la Parte D 226

K. Cómo presentar una queja 228

K1. ¿Qué tipo de problemas deberían ser quejas 228

K2. Quejas internas 230

K3. Quejas externas 232

A. Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explica cómo abordar los problemas y las inquietudes. El proceso que utiliza depende del tipo de problema que tenga. Utilice un proceso para las **decisiones de cobertura y las apelaciones**, y otro para **presentar las quejas** (también llamadas quejas formales).

Para garantizar la imparcialidad y la rapidez, cada proceso cuenta con un conjunto de normas, procedimientos y plazos que tanto nosotros como usted debemos respetar.

A1. Acerca de los términos legales

Hay términos legales en este capítulo para algunas normas y plazos. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo que usamos palabras más simples en lugar de ciertos términos legales cuando podemos. Usamos las abreviaturas lo menos posible.

Por ejemplo, decimos:

- "Presentar una queja" en lugar de "interponer una queja formal"
- "Decisión de cobertura” en lugar de "determinación de la organización", "determinación de beneficios", "determinación de riesgo" o "determinación de cobertura"
- “Decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación acelerada”
- "Organización de Revisión Independiente" en lugar de "Entidad de Revisión Independiente (IRE)

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarlo a comunicarse con mayor claridad, por lo que también se los proporcionamos.

B. Dónde puede recibir ayuda

B1. Para más información y ayuda

A veces es confuso iniciar o seguir el proceso para abordar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga la información necesaria para dar el siguiente paso.

Ayuda de nuestro plan

Puede llamar a nuestro plan al **1-888-996-0499 (TTY 711)** para que le ayuden a manejar un problema o responder preguntas.

Ayuda del Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)

Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) al 1-800-868-9095. También puede consultar si sitio web en www.shiphelp.org/ships/south-carolina/. Los asesores del SHIP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a comprender qué hacer con su problema. El SHIP no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. El SHIP tiene asesores en todos los estados, y los servicios no tienen costo. En South Carolina, el SHIP se conoce como I-CARE, que significa Asistencia y Asesoramiento sobre Seguros y Derivaciones para Personas de la Tercera Edad. El número de teléfono de I-CARE es 1-800-868-9095 y su sitio web es www.aging.sc.gov/programs-initiatives/medicare-and-medicare-fraud. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Ayuda e información de Medicare

Puede comunicarse con Medicare para recibir más información. Estas son dos formas de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Ayuda e información de Healthy Connections Medicaid

Puede llamar directamente a Healthy Connections Medicaid para obtener ayuda con los problemas. Estas son algunas formas de obtener ayuda de Healthy Connections Medicaid:

- Llame a Healthy Connections Medicaid al 1-888-549-0820, de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m. (TTY 1-888-842-3620.) La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Healthy Connections Medicaid (www.scdhhs.gov).

Cómo obtener ayuda de otros recursos

Puede obtener ayuda de otros recursos como:

- Protección y defensa de personas con discapacidades (P&A) sin cargo al 1-866-275-7273 (TTY 1-866-232-4525).
- Servicios legales de South Carolina sin cargo al 1-888-346-5592.

C. Comprender las quejas y apelaciones a Medicare y Healthy Connections Medicaid en nuestro plan

Tiene Medicare y Healthy Connections Medicaid. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Healthy Connections Medicaid. Se denomina "proceso integrado" porque combina, o integra, los procesos de Medicare y Healthy Connections Medicaid.

En ocasiones, los procesos de Medicare y de Medicaid (Healthy Connections) no pueden combinarse. En esos casos, deberá seguir un proceso para los beneficios de Medicare y otro para los de Medicaid (Healthy Connections). En la **Sección F4** se explican estas situaciones.

D. Problemas con sus beneficios

Si tiene algún problema o inquietud, lea las partes de este capítulo que corresponden a su situación. El cuadro siguiente le ayuda a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas.

¿Su problema o inquietud se relaciona con los beneficios o la cobertura? Esto incluye problemas sobre si la atención médica en particular (artículos médicos, servicios o medicamentos de la Parte B) está o no está cubierta, la manera en que está cubierta y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.	
Sí. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura. Consulte la **Sección E**, "Decisiones de cobertura y apelaciones".	**No.** Mi problema no es sobre beneficios o cobertura. Consulte la **Sección K**, "Cómo presentar una queja".

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar decisiones de cobertura y hacer apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para facilitar el proceso, por lo general, nos referimos a los artículos

médicos, servicios y medicamentos de la Parte B como **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisión de cobertura y apelación para cuestiones como si algo está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que determinamos qué servicios están cubiertos para usted y cuánto pagamos (consulte el **Capítulo 4, Sección H** de este *Manual del Miembro*).

Usted o su médico también pueden ponerse en contacto con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Es posible que usted o su médico no tengan la certeza de si cubrimos un servicio médico específico o de si podríamos negarnos a proporcionar la atención médica que usted cree que necesita. **Si quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.**

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, es posible que decidamos que un servicio o medicamento no están cubiertos o que Medicare o Healthy Connections Medicaid ya no los cubren para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, esto se llama apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si cumplimos todas las normas correctamente. Revisores distintos de los que tomaron la decisión desfavorable original se encargan de su apelación.

Una vez que completamos la revisión, le informamos nuestra decisión. Bajo ciertas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo, usted puede solicitar una “decisión rápida de cobertura” o una "apelación rápida" de una decisión de cobertura.

Si decimos que **No** a todo o parte de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de atención médica de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente (IRO) para una apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid o de la Parte D de Medicare, la

carta le indicará cómo presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2. Si su problema se refiere a la cobertura de un servicio o artículo cubierto tanto por Medicare como por Healthy Connections Medicaid, la carta le brindará información sobre ambos tipos de apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda recurrir a niveles adicionales de apelación.

E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones

Puede solicitar ayuda a cualquiera de los siguientes:

- **Servicios al Miembro** al número que aparece a pie de página.
- El **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP)**, conocido como I-CARE en South Carolina, para obtener ayuda gratuita. El SHIP es una organización independiente. No está relacionado con este plan. El número de teléfono es 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- **Su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación en su nombre.
- **Un amigo o miembro de su familia.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su "representante" y solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Un abogado.** Tiene derecho a un abogado, pero **no es obligatorio tener un abogado** para solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación.
    - Llame a su propio abogado u obtenga el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si califica.

Complete el formulario de Designación de representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. Este formulario otorga a otra persona autorización para actuar en su nombre.

Llame a Servicios al Miembro a los números que figuran a pie de página y solicite el formulario de Designación de representante. También puede obtener el formulario visitando www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.firstchoicevipcare.com. **Debe darnos una copia del formulario firmado.**

E4. Cuál sección de este capítulo puede ayudarle

Hay cuatro situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene normas y fechas límite diferentes. Proporcionamos detalles sobre cada una de ellas en una sección independiente de este capítulo. Consulte la sección que le corresponda:

- **Sección F**, “Atención médica”
- **Sección G**, “Medicamentos de la Parte D de Medicare”
- **Sección H**, “Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada”
- **Sección I**, “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos” (Esta sección solo se aplica a los siguientes servicios: atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada y servicios de centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF]).

Si no está seguro de qué sección usar, llame a Servicios al Miembro a los números que se encuentran a pie de página.

Si necesita otra ayuda o información, llame al defensor (ombudsman) al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

F. Atención médica

Esta sección explica qué hacer si tiene problemas para obtener la cobertura de la atención médica o si quiere que le devolvamos lo que gastó en su atención.

Esta sección trata sobre sus beneficios para la atención médica que se describen en el **Capítulo 4** de este Manual del Miembro, en la Tabla de beneficios. En algunos casos, pueden aplicarse normas diferentes a un medicamento de la Parte B de Medicare. Cuando este sea el caso, le explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos de la Parte B de Medicare de las normas para los servicios y artículos médicos.

F1. Cómo utilizar esta sección

Esta sección explica lo que puede hacer en alguna de estas cinco situaciones:

1. Cree que cubrimos la atención médica que necesita, pero no la está recibiendo.

   Lo que puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2.**

2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro profesional médico desean brindarle, y usted considera que deberíamos hacerlo.

   Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3.**

3. Recibió atención médica que cree que cubrimos, pero no la vamos a pagar.

   Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5.**

4. Recibió y pagó atención médica que pensó que estaba cubierta y quiere solicitarnos un reembolso.

   Lo que puede hacer: Puede pedirnos el reembolso. Consulte la **Sección F5.**

5. Redujimos o suspendimos su cobertura para determinados servicios médicos, y usted cree que nuestra decisión podría perjudicar su salud.

   Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o detener la atención médica. Consulte la **Sección F4.**

   - Si la cobertura es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un establecimiento de enfermería especializada o servicios CORF, corresponden normas especiales. Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para obtener más información.
   - Para cualquier otra situación relacionada con la reducción o la suspensión de su cobertura para determinada atención médica, utilice esta sección (**Sección F**) como guía.

F2. Cómo solicitar decisiones de cobertura

> Cuando una decisión de cobertura se relaciona con su atención médica, se llama **determinación de la organización integrada**.

Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura de las siguientes maneras:

- Teléfono: **1-888-996-0499 (TTY 711)**
- Fax: **1-833-512-1700**
- Correo postal:

  First Choice VIP Care
  Prior-Authorization Medical Care
  P.O. Box 7183
  London, KY 40742-7183

Decisiones de cobertura estándar

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, utilizaremos los plazos “estándar” a menos que hayamos acordado utilizar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de:

- **Siete días calendario** después de recibir su solicitud de **un servicio o artículo médico que esté sujeto a nuestras normas de autorización previa.**
- **14 días calendario** después de recibir su solicitud de cualquier otro servicio o artículo médico.
- **72 horas** después de recibir su solicitud de un medicamento **de la Parte B de Medicare.**

Por un artículo o servicio médico, podemos tomar hasta 14 días calendario más si usted solicita más tiempo o si necesitamos información que podría beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red). Si tomamos días adicionales para llegar a una decisión, se lo informaremos por escrito. **No podemos tomar más días si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Si usted cree que **no deberíamos** tomar más días, puede hacer una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar más días. Cuando haga una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las primeras 24 horas. El proceso para hacer una queja es diferente del proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre cómo hacer una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Decisión rápida sobre la cobertura

> El término legal para la decisión rápida sobre la cobertura es **determinación acelerada.**

Cuando nos solicite que tomemos una decisión sobre la cobertura de su atención médica y su estado de salud requiera una respuesta rápida, solicítenos que tomemos una “decisión rápida sobre la cobertura”. Una decisión rápida de cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo de:

- **72 horas** después de recibir su solicitud de un **artículo o servicio médico.**
- **24 horas** después de recibir su solicitud de un **medicamento de la Parte B de Medicare.**

Por una artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más si encontramos que falta información que podría beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red), o si usted necesita tiempo para brindarnos información para la revisión. Si tomamos días adicionales para llegar a una decisión, se lo informaremos por escrito. **No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.**

Si cree que **no deberíamos** tomarnos días adicionales para tomar la decisión sobre la cobertura, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos esos días adicionales. Para obtener más información sobre cómo hacer una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**. Nos comunicaremos con usted tan pronto como tomemos nuestra decisión.

Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:

- Está solicitando la cobertura de artículos y/o servicios médicos que **no recibió**. No puede solicitar una decisión rápida de cobertura sobre el pago de artículos o servicios que ya obtuvo.
- Usar los plazos estándar **podría perjudicar gravemente su salud o dañar su capacidad funcional.**

Le daremos automáticamente una decisión rápida de cobertura si su médico nos indica que su estado de salud lo requiere. Si la solicita sin el apoyo de su proveedor, decidiremos si recibirá una decisión de cobertura rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta con la decisión y, en su lugar, usaremos los plazos estándar. La carta le informará de lo siguiente:
  - Le daremos automáticamente una decisión rápida de cobertura si su médico la solicita.

- Cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura. Para obtener más información sobre cómo hacer una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si decimos que No a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta en la que le explicaremos los motivos.

- Si decimos que **No**, tiene derecho a hacer una apelación. Si considera que cometimos un error, presentar una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión y la modifiquemos.
- Si decide presentar una apelación, irá al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la **Sección F3**).

En determinadas circunstancias, podemos desestimar su solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no la revisaremos. Algunos ejemplos de casos en los que se desestimará una solicitud son:

- si la solicitud está incompleta,
- si alguien presenta la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, **o**
- si usted solicita que se retire su solicitud.

Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso que explicará por qué se ha desestimado la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión se llama apelación. Las apelaciones se tratan en la siguiente sección.

F3. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación relacionada con un servicio o artículo denegado, o para continuar con un servicio o artículo que ya está recibiendo, usted, su médico o su representante deben ponerse en contacto con nosotros. Llámenos al **1-888-996-0499 (TTY 711)**.

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o **1-888-996-0499 (TTY 711)**.

- Si su médico u otro profesional que le receta medicamentos solicita que se mantenga un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que deba nombrarlo como su representante para que actúe en su nombre.

- Si alguien que no sea su médico presenta la apelación en su nombre, incluya un formulario de Designación de representante que autorice a esta persona a representarle. Puede obtener el formulario visitando www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.firstchoicevipcare.com.
- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación:
  - Desestimaremos su solicitud, y
  - Le enviaremos un aviso por escrito que explica su derecho a solicitar a la IRO que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- Debe solicitar una apelación dentro de los 65 días calendario a partir de la fecha que figura en la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si pierde el plazo y tiene un buen motivo que lo justifique, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de buenas razones son, por ejemplo, que haya tenido una enfermedad seria o que le hayamos brindado información errónea sobre el plazo. Explique el motivo por el que su apelación se presenta fuera de plazo cuando la presente.
- Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información relativa a su apelación. Usted y su médico también pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo exige, pida una apelación rápida.

> El término legal para “apelación rápida” es **“reconsideración acelerada”.**

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de su atención, usted y/o su médico deciden si necesita una apelación rápida.

Le daremos automáticamente una decisión rápida si su médico nos indica que su estado de salud lo requiere. Si la solicita sin el apoyo de su proveedor, decidiremos si recibirá una decisión rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una decisión rápida, le enviaremos una carta con la decisión y, en su lugar, usaremos los plazos estándar. La carta le informará de lo siguiente:
  - Le daremos automáticamente una decisión rápida si su médico la solicita.
  - Cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar en lugar de la decisión rápida. Para obtener más información sobre cómo hacer una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si le comunicamos que vamos a suspender o reducir los servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda continuar recibiendo dichos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidiéramos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que recibe, le enviaremos un aviso antes de tomar medidas.
- Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación de Nivel 1.
- Seguiremos cubriendo el servicio o el artículo si solicita una apelación de Nivel 1 en un plazo de diez días calendario a partir de la fecha en nuestra carta o antes de la fecha de entrada en vigencia prevista de la medida, la que sea posterior.
  - Si cumple este plazo, recibirá el servicio o el artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.
  - Asimismo, recibirá todos los demás servicios o artículos (que no sean el motivo de su apelación) sin cambios.
  - Si no apela antes de estas fechas, no se le seguirá proporcionando el servicio o el artículo mientras espera la decisión sobre su apelación.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a mirar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica.
- Verificamos si seguimos todas las normas cuando dijimos **No** a su solicitud.
- Recopilamos más información si es necesario. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico para obtener más información.

Existen plazos para una apelación rápida.

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a recibir su apelación.** Le daremos nuestra respuesta con más rapidez si su salud lo requiere. Si negamos una apelación rápida, le comunicaremos verbalmente a usted, a su médico, al profesional que le receta el medicamento o a su representante la denegación.
- Si usted solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos **tomarnos hasta 14 días calendario más si** su solicitud es para un artículo o servicio médico.
    - Si necesitamos días adicionales para llegar a una decisión, se lo informaremos por escrito.
    - Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.
    - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas o al finalizar los días adicionales que nos hayamos tomado, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Entonces, una IRO la revisará. La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación. Más adelante en este capítulo, en la **Sección F4**, le informamos sobre esta organización y le explicamos el proceso de apelación de Nivel 2. Si su problema se refiere a la cobertura de un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid, puede presentar una apelación de Nivel 2 y solicitar usted mismo una “audiencia justa estatal” ante el estado tan pronto como finalice el plazo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de Nivel 2, consulte la **Sección F4**.
- **Si decimos que Sí a parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas siguientes a recibir su apelación.
- **Si decimos que No a parte o a la totalidad de su solicitud**, enviamos su apelación a la IRO para una apelación de Nivel 2.

Existen plazos para una apelación estándar.

- Cuando utilicemos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación para la cobertura de los servicios que no recibió.

- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare que no recibió, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de siete días calendario** después de recibir su apelación, o antes si su estado de salud así lo requiere.
- Si usted solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos **tomarnos hasta 14 días calendario más si** su solicitud es para un artículo o servicio médico.
  - Si necesitamos días adicionales para llegar a una decisión, se lo informaremos por escrito.
  - Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.
  - Si cree que **no deberíamos** tomarnos más días, puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta dentro de las primeras 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.
  - Si no le damos una respuesta dentro del plazo o al finalizar los días adicionales que nos hayamos tomado, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Entonces, una IRO la revisará. La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación. Más adelante en este capítulo, en la **Sección F4**, le informamos sobre esta organización y le explicamos el proceso de apelación de Nivel 2. Si su problema se refiere a la cobertura de un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid, puede presentar una apelación de Nivel 2 y solicitar usted mismo una “audiencia justa estatal” ante el estado tan pronto como finalice el plazo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de Nivel 2, consulte la **Sección F4**.

Si decimos que Sí a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos ofrecer en un plazo de 30 días calendario, **o en un plazo de siete días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, una vez que hayamos recibido su apelación.

Si decimos que **No** a parte o a la totalidad de su solicitud, **usted tiene derechos de apelación adicionales:**

- Si decimos que **No** a todo o parte de lo que solicitó, le enviaremos una carta.

- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la IRO para una apelación de Nivel 2. La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid, la carta le indicará cómo presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo.

F4. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le informa si Medicare, Healthy Connections Medicaid o ambos programas suelen cubrir el servicio o el artículo.

- Si su problema se refiere a un servicio o artículo que Medicare suele cubrir, enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelación tan pronto como se complete la apelación de Nivel 1.
- Si su problema se refiere a un servicio o artículo que Healthy Connections Medicaid suele cubrir, puede presentar usted mismo una apelación de Nivel 2. La carta le indica cómo hacerlo. También incluimos más información más adelante en este capítulo.
- Si su problema se refiere a un servicio o artículo que tanto **Medicare como Healthy Connections Medicaid** podrían cubrir, usted obtiene automáticamente una apelación de Nivel 2 ante la IRO. También puede solicitar una audiencia justa estatal.

Si reunía los requisitos para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, es posible que sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento sobre el que se presenta la apelación también continúen durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre la continuación de sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema se refiere a un servicio que normalmente solo cubre Medicare, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelación de Nivel 2 ante la IRO.
- Si su problema se refiere a un servicio que normalmente solo cubre Healthy Connections Medicaid, sus beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 en un plazo de diez días calendario después de recibir nuestra carta de decisión.

Cuando su problema se refiere a un servicio o artículo que normalmente cubre Medicare

La IRO revisa su apelación. Se trata de una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente (IRO) es **Entidad de Revisión Independiente**, a veces llamada **IRE**.

- Esta organización no tiene relación con nosotros y no es una agencia gubernamental. Medicare eligió a esta compañía para que funcione como IRO, y Medicare supervisa su trabajo.
- Enviamos la información sobre su apelación (su "expediente") a esta organización. Tiene derecho a recibir una copia gratuita de su expediente.
- Tiene derecho a proporcionar información adicional a la IRO para respaldar su apelación.
- Los revisores de la IRO examinan detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

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

- Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, tendrá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La IRO debe responder su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** siguientes a recibir la apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la IRO necesita recopilar más información que podría beneficiarlo, **podrá tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La IRO no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento de la Parte B de Medicare.

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

- Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, tendrá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los siete días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.

- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la IRO necesita recopilar más información que podría beneficiarlo, **podrá tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La IRO no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento de la Parte B de Medicare.

La IRO envía su respuesta por escrito y explica sus motivos.

- **Si la IRO dice que Sí a parte o a la totalidad de una solicitud para un artículo o servicio médico,** debemos:
  - autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas, o**
  - brindar el servicio dentro de los **14 días calendario** posteriores a recibir la decisión de la IRO para **solicitudes estándar, o**
  - brindar el servicio **dentro de las 72 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas.**
- **Si la IRO dice que Sí a parte o a la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B de Medicare en disputa:**
  - **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la IRO, en el caso de las **solicitudes estándar, o**
  - **en un plazo de 24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRO, en el caso de las **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO dice que No a parte o a la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica. A esto se le llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.
  - Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea avanzar con el proceso de apelación.
  - Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación luego del Nivel 2 de un total de cinco niveles.
  - Si rechazan su apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar el proceso de apelación, debe decidir si va a avanzar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. La información que indica cómo hacerlo está en el aviso escrito que recibe luego de su apelación de Nivel 2.

- Un juez administrativo (ALJ) o un abogado adjudicador se encarga de tramitar una apelación de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Cuando su problema se refiere a un servicio o artículo que Medicaid suele cubrir, o que esté cubierto tanto por Medicare como por Healthy Connections Medicaid

Una apelación de Nivel 2 para servicios que Healthy Connections Medicaid suele cubrir consiste en una audiencia justa ante el estado. En South Carolina, una audiencia justa se llama audiencia justa estatal. Debe solicitar una audiencia estatal justa por escrito o por teléfono en un **plazo de 120 días calendario** a partir de la fecha en le enviamos la carta con la decisión sobre su apelación de Nivel 1. En la carta que le enviamos se le indica dónde debe presentar su solicitud de audiencia justa.

Puede solicitar una audiencia estatal imparcial presentando su solicitud en línea en msp.scdhhs.gov/appeals.

También puede entregar su solicitud en persona, enviarla por fax al 803-255-8206 o escribir a:

Division of Appeals and Hearings
South Carolina Department of Health and Human Services
P.O. Box 8206
Columbia, SC 29202-8206

Si se concede una audiencia, la División de Apelaciones y Audiencias le enviará por correo un aviso con la hora, la fecha y el lugar de la audiencia. Durante la audiencia, un oficial de audiencia imparcial escuchará su explicación de por qué no está de acuerdo con nuestra acción. El oficial de audiencias también escuchará nuestra explicación de la acción tomada. El oficial de audiencias hará preguntas para obtener suficiente información para decidir si su caso se manejó correctamente.

La oficina de audiencias justas le dará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- Si la oficina de audiencia justa dice que **Sí** a toda o parte de una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar dicho servicio o artículo en un **plazo de 72 horas** desde que recibamos la decisión.
- Si la oficina de audiencias justas dice que **No** a parte o a la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica. A esto se le llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la IRO o la oficina de audiencias justas dice que **No** respecto a la totalidad o a una parte de su solicitud, usted tiene otros derechos de apelación.

Si su apelación de Nivel 2 fue a la **IRO**, puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea alcanza un cierto monto mínimo. Un ALJ o un abogado adjudicador tramita una apelación de Nivel 3. **La carta que reciba de la IRO le explicará los derechos de apelación adicionales que pueda tener.**

La carta que reciba de la oficina de audiencias justas describirá esta siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre sus derechos de apelación luego del Nivel 2.

F5. Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen los servicios y artículos cubiertos. Esto es cierto incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio o artículo cubierto. Usted nunca está obligado a pagar el saldo de una factura. El único monto que se le debería pedir que pague es el copago correspondiente a las categorías de medicamentos que lo requieran.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. No pague la facture por su cuenta. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de nuestro plan si cumplió con las normas para obtener el servicio o el artículo.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro.* Describe situaciones en las que es posible que necesite pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que haya recibido. También dice cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el pago.

Si solicita un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Comprobaremos si el servicio o artículo que pagó está cubierto y si siguió todas las normas para hacer uso de su cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y siguió todas las normas, le enviaremos el pago correspondiente, por lo general, en un plazo de 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Si aún no ha pagado por el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, equivale a decir **Sí** a su solicitud de una decisión de cobertura.

- Si el servicio o artículo no está cubierto, o si no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta informándole que no pagaremos por el servicio o artículo y explicando el motivo.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación.** Siga el proceso de apelaciones descrito en la **Sección F3**. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta:

- Si presenta una apelación para que le devolvamos el dinero, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y **Medicare** normalmente cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la IRO. Le enviaremos una carta si esto sucede.

- Si la IRO revierte nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es **Sí** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que nos solicitó a usted o al proveedor de atención médica dentro de los 60 días calendario siguientes.

- Si la IRO dice que **No** a su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud. A esto se le llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”. Recibirá una carta en la que se le explicarán los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y Healthy Connections Medicaid suele cubrir el servicio o el artículo en cuestión, puede presentar usted mismo una apelación de Nivel 2. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

G. Medicamentos de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos. La mayoría de estos son medicamentos de la Parte D de Medicare. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre y que Healthy Connections Medicaid podría cubrir. **Esta sección solo corresponde a las apelaciones de medicamentos de la Parte D de Medicare.** En el resto de esta sección diremos “medicamento” en lugar de repetir cada vez “medicamento de la Parte D de

Medicare". En el caso de los medicamentos cubiertos únicamente por Healthy Connections Medicaid, siga el procedimiento descrito en la **Sección E**.

Para tener cobertura, el medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Eso significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por determinadas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para más información sobre una indicación médicamente aceptada.

G1. Decisiones de cobertura de la Parte D de Medicare y apelaciones

Los siguientes son ejemplos de las decisiones de cobertura que usted nos solicita que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Nos pide que hagamos una excepción, lo que incluye solicitar que:
  - cubramos un medicamento de la Parte D de Medicare que no figure en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan, o
  - suspendamos una restricción en nuestra cobertura de un medicamento (como los límites en la cantidad que puede obtener).
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento figura en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan, pero debemos aprobarlo antes de cubrirlo).

NOTA: Si su farmacia le dice que su receta médica no se puede surtir tal como está escrita, la farmacia le dará una notificación por escrito para explicarle cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

> Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare se llama **"determinación de cobertura".**

- Nos solicita que paguemos un medicamento que ya compró. Se trata de cómo solicitar una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión. Esta sección explica cómo solicitar las decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Use el cuadro siguiente como ayuda.

¿En cuál de estas situaciones está?			
Necesita un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos* o necesita que dejemos de lado una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Usted quiere que cubramos un medicamento de la *Lista de medicamentos* y piensa que cumple con las normas o restricciones del plan (como obtener la aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita.	Quiere pedirnos que realicemos el reembolso por un medicamento que ya recibió y pagó.	Le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted quiere.
Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura.)	**Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.**	**Puede pedirnos el reembolso.** (Este es un tipo de decisión de cobertura.)	**Puede presentar una apelación.** (Esto significa que nos solicita que lo reconsideremos.)
Comience con la **Sección G2**, luego consulte las **Secciones G3 y G4**.	Consulte la **Sección G4.**	Consulte la **Sección G4.**	Consulte la **Sección G5.**

G2. Excepciones de la Parte D de Medicare

Si no cubrimos un medicamento de la forma en que le gustaría, puede pedirnos que hagamos una "excepción". Si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro profesional que receta medicamentos, necesite que explicar los motivos médicos por los que necesita que se apruebe la excepción.

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos* o la eliminación de una restricción, a veces se llama solicitar una "**excepción al formulario**".

Pedir pagar un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferido a veces se llama pedir una **"excepción de nivel".**

Estos son ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta la medicación pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos***

   - Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*, usted pagará el copago que corresponde a los medicamentos en el Nivel 4.
   - No puede obtener una excepción del copago requerido por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción de un medicamento cubierto**

   - Algunos medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* tienen normas o restricciones adicionales (consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información).
   - Entre las normas y restricciones adicionales para determinados medicamentos se incluyen:
     - Tener la obligación de usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
     - Obtener nuestra aprobación antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto a veces se llama “autorización previa” (PA).
     - Tener que probar primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. Esto a veces se llama “terapia escalonada”.
     - Límites a la cantidad. Para algunos medicamentos, existen restricciones con respecto a la cantidad de medicamento que puede obtener.
   - Si aceptamos una excepción en su caso y dejamos de aplicar una restricción, podrá solicitar una excepción con respecto al monto del copago que debe abonar.

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un menor nivel de costos compartidos. Cada medicamento de la *Lista de medicamentos* está en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto menor sea el número del nivel de copago, menor será el monto de copago que deberá abonar.

- Nuestra *Lista de medicamentos* suele incluir más de un medicamento para tratar una afección específica. Estos se denominan medicamentos “alternativos”.
- Si un medicamento alternativo para su afección se encuentra en un nivel de copago inferior al del medicamento que toma, puede solicitarnos que lo cubramos según el importe de copago correspondiente al medicamento alternativo. Esto reduciría el importe de su copago por el medicamento.
  - Si el medicamento que toma es un producto biológico, puede solicitarnos que lo cubramos según el importe de copago correspondiente al nivel más bajo de las alternativas de productos biológicos para su afección.
  - Si el medicamento que toma es de marca, puede solicitarnos que lo cubramos según el importe de copago correspondiente al nivel más bajo de las alternativas de marca para su afección.
  - Si el medicamento que toma es un genérico, puede solicitarnos que lo cubramos según el importe de copago correspondiente al nivel más bajo, tanto para las alternativas de marca como para las genéricas indicadas para su afección.
  - No puede solicitarnos que modifiquemos el nivel de copago de ningún medicamento del Nivel 5 (Especialidad).
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará la cantidad más baja.

G3. Cosas importantes que debe saber sobre cómo solicitar una excepción

Su médico u otro profesional que receta la medicación debe informarnos las razones médicas.

Su médico u otro profesional que recete la medicación deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que podamos tomar una decisión más rápidamente, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que receta la medicación cuando nos pida la excepción.

Nuestra *Lista de medicamentos* suele incluir más de un medicamento para tratar una afección específica. Estos se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo es tan eficaz como el medicamento que solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas médicos, generalmente **no** aprobamos su solicitud de excepción. Si nos pide una excepción de niveles, por lo general **no** aprobaremos su solicitud de excepción a menos que ninguno de los medicamentos alternativos en el nivel inferior de costos compartidos tenga la misma eficacia para usted o puedan provocar una reacción adversa u otro daño.

Podemos decir que Sí o decir que No a su solicitud.

- Si respondemos que **Sí** a su solicitud de excepción, la excepción normalmente dura hasta el final del año calendario. Este es el caso siempre y cuando su médico siga recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si decimos que **No** a su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo apelar si decimos que **No**.

La sección siguiente explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Solicite el tipo de decisión sobre la cobertura que desee llamando al **1-888-996-0499 (TTY 711)**, por escrito o por fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que recete) pueden hacerlo. incluya su nombre, información de contacto, e información sobre la reclamación.
- Usted o su médico (u otro profesional que recete) u otra persona que actúe en su nombre puede solicitar una decisión de cobertura. También puede tener a un abogado que actúe en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** para saber cómo designar a alguien como su representante.
- No es necesario que otorgue un permiso por escrito a su médico u otro profesional que le recete medicamentos para que solicite una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea solicitarnos el reembolso de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.
- Si solicita una excepción, envíenos una “declaración de respaldo”. La declaración de respaldo incluye los motivos médicos de su médico u otro profesional sanitario que le prescribe el medicamento para justificar la solicitud de excepción.

- Su médico u otro profesional que receta la medicación pueden enviarnos la declaración por fax o por correo postal. También pueden comunicárnoslo por teléfono y luego enviarnos u otro profesional que receta la medicación pueden enviarnos por fax o por correo.

Si su salud lo requiere, solicítenos una “decisión rápida de cobertura”

Usaremos las “fechas límite estándar” a menos que hayamos acordado utilizar las “fechas límite rápidas”.

- Una **decisión estándar de cobertura** significa que le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a recibir la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos una respuesta dentro de las 24 horas posteriores a recibir la declaración de su médico.

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

Usted puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura si:

- Es por un medicamento que no recibió. Usted no puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos está pidiendo que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.
- Su salud o su capacidad funcional se verían gravemente perjudicadas si usáramos los plazos estándar.

Si su médico u otro profesional que le receta medicamentos nos dicen que su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida, estaremos de acuerdo y se la otorgaremos. Le enviaremos una carta para informarle.

- Si solicita una decisión de cobertura rápida sin el apoyo de su proveedor u otro profesional que receta medicamentos, decidiremos si va a obtener una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su afección no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, usaremos las fechas límites estándar en su lugar.
    - Le enviaremos una carta para informarle. La carta le dirá cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.

- Puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Si usamos las fechas límites rápidas, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si usted solicita una excepción, le daremos una respuesta dentro de las primeras 24 horas luego de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta con más rapidez si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre una apelación de Nivel 2.
- Si nuestra respuesta es **Sí** a parte o la totalidad de su solicitud, le proporcionaremos la cobertura en un plazo de 24 horas tras recibir su solicitud o la declaración de apoyo de su médico.
- Si decimos que **No** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta en la que le explicaremos los motivos. La carta también le dirá cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que usted no recibió

- Si usamos las fechas límites estándar, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a recibir su solicitud. Si usted solicita una excepción, le daremos una respuesta dentro de las primeras 72 horas luego de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta con más rapidez si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una IRO.
- Si nuestra respuesta es **Sí** a parte o la totalidad de su solicitud, le proporcionaremos la cobertura en un plazo de 72 horas tras recibir su solicitud o la declaración de apoyo de su médico para una excepción.
- Si decimos que **No** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta en la que le explicaremos los motivos. La carta también le dirá cómo presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si no cumplimos este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una IRO.
- Si decimos que **Sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, le pagaremos en un plazo de 14 días calendario.
- Si decimos que **No** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le dirá cómo presentar una apelación.

G5. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

> Una apelación ante nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare se llama "**redeterminación**" del plan.

- Para iniciar su apelación **estándar** o **rápida** llame al **1-888-996-0499 (TTY 711)**, escríbanos o envíenos un fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que recete) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su apelación.
- Debe solicitar una apelación **dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si pierde el plazo y tiene un buen motivo que lo justifique, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de buenas razones son, por ejemplo, que haya tenido una enfermedad seria o que le hayamos brindado información errónea sobre el plazo. Explique el motivo por el que su apelación se presenta fuera de plazo cuando la presente.
- Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información relativa a su apelación. Usted y su médico también pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo exige, pida una apelación rápida.

Una apelación rápida también se llama **"redeterminación acelerada"**.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que no ha recibido, usted y su médico, u otro profesional que receta la medicación, decidirán si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para solicitar una apelación rápida son los mismos que para una decisión rápida de cobertura. Consulte la **Sección G4** para obtener más información.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y volvemos a mirar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Verificamos si seguimos las normas cuando dijimos **No** a su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico u otro profesional que receta la medicación para obtener más información.

Plazos para la apelación rápida en el Nivel 1

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a recibir su apelación**.
  - Le daremos nuestra respuesta con más rapidez si su salud lo requiere.
  - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO la revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si decimos que **Sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas siguientes a recibir su apelación.
- Si decimos que **No** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta que explicas los motivos y le informa cómo puede presentar una apelación.

Plazos para la apelación estándar de Nivel 1

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de siete días calendario** después de recibir su apelación para un medicamento que no recibió.
- Le daremos nuestra decisión con mayor rapidez si no ha recibido el medicamento y su afección lo requiere. Si usted considera que su salud lo exige, solicite una apelación rápida.
    - Si no le damos una respuesta dentro de los siete días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO la revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.

Si decimos que **Sí** a parte o a la totalidad de su solicitud:

- Debemos **proporcionarle la cobertura** que acordamos ofrecerle tan pronto como lo requiera su salud, pero **a más tardar siete días calendario** después de recibir su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** correspondiente a un medicamento que haya comprado en un plazo de **30 días calendario** después de recibir su apelación.

Si decimos que **No** a parte o a la totalidad de su solicitud:

- Le enviaremos una carta en la que se expliquen los motivos y se le indique cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle nuestra respuesta sobre el reembolso de un medicamento que haya comprado en **un plazo de 14 días calendario** tras recibir su apelación.
    - Si no le comunicamos una decisión en un plazo de 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO la revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si decimos que **Sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario tras recibir su solicitud.
- Si decimos que **No** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta que explicas los motivos y le informa cómo puede presentar una apelación.

G6. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si decimos que **No** a su apelación de Nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, deberá seguir el proceso de apelación de Nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión cuando decimos que **No** a su primera apelación. Esta organización decide si debemos modificar nuestra decisión.

> El nombre oficial de la "Organización de Revisión Independiente" (IRO) es "**Entidad de Revisión Independiente**", a veces se la llama "**IRE**".

Para presentar una apelación de Nivel 2, usted, su representante, su médico, u otro profesional que receta medicación deben comunicarse con la IRO **por escrito** y solicitar una revisión de su caso.

- Si decimos que **No** a su apelación de Nivel 1, la carta que le enviamos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la IRO. Las instrucciones indican quién puede presentar la apelación de Nivel 2, qué plazos debe respetar y cómo ponerse en contacto con la organización.
- Cuando presenta una apelación ante la IRO, enviamos a la organización la información que tenemos sobre su apelación. Esta información es su "expediente". **Tiene derecho a obtener una copia sin cargo de su expediente.**
- Tiene derecho a proporcionar información adicional a la IRO para respaldar su apelación.

La IRO revisa su apelación de Nivel 2 de la Parte D de Medicare y le da una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre la IRO.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 2

Si su estado de salud lo requiere, solicite a la IRO una apelación rápida.

- Si aceptan la apelación rápida, deben darle una respuesta en un **plazo de 72 horas** tras recibir su solicitud de apelación.
- Si dicen que **Sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos proporcionarle la cobertura del medicamento aprobada **en un plazo de 24 horas** tras recibir la decisión de la IRO.

Plazos para la apelación estándar de Nivel 2

Si presenta una apelación estándar de Nivel 2, la IRO debe darle una respuesta:

- **en un plazo de siete días calendario** tras recibir su apelación por un medicamento que no recibió.
- **en un plazo de 14 días calendario** tras recibir su apelación para el reembolso de un medicamento que compró.

Si la IRO dice que **SÍ** a parte o a la totalidad de su solicitud:

- Debemos proporcionarle la cobertura del medicamento aprobada **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la IRO.
- Debemos reembolsarle el costo de un medicamento que haya comprado en un plazo de 30 días calendario después de que recibamos la decisión de la IRO.
- Si la IRO dice **No** a su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. A esto se le llama "confirmar la decisión" o "rechazar su apelación".

Si la IRO dice que **No** a su apelación de Nivel 2, usted tiene derecho a presentar una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita cumple con un valor mínimo establecido. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita es menor que el mínimo requerido, no podrá presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la apelación de Nivel 2 es definitiva. La IRO le enviará una carta con el valor mínimo en dólares necesario para continuar con una apelación de nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud cumple el requisito, usted decide si desea continuar con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación tras el Nivel 2.
- Si la IRO dice que **No** a su apelación de Nivel 2 y usted cumple el requisito para continuar con el proceso de apelación, usted:
  - Decide si desea presentar una apelación de Nivel 3.
  - Consulte la carta que le envió la IRO tras su apelación de Nivel 2 para obtener más detalles sobre cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Un juez administrativo (ALJ) o un abogado adjudicador se encargan de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H. Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada

Cuando lo admiten en un hospital, usted tiene derecho a recibir todos los servicios cubiertos de hospital necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura de la estadía hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro.*

Durante su admisión hospitalaria cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que salga del hospital. Asimismo, ayudarán a coordinar la atención que puede necesitar después de salir.

- El día que usted deja el hospital se llama su "fecha de alta".
- Su médico o el personal del hospital le dirán cuál es su fecha de alta.

Si considera que le están pidiendo que reciba el alta del hospital demasiado pronto o le preocupa la atención que recibirá tras salir del hospital, puede solicitar que se prolongue su estadía hospitalaria. Esta sección explica cómo solicitarla.

H1. Conocer sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días posteriores a su admisión en el hospital, un miembro del personal del centro, como una enfermera o un asistente social, le entregarán un documento escrito llamado “Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que son admitidas en un hospital.

Si no recibe el aviso, pídaselo a cualquier empleado de hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro al número que se indica a pie de página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea este aviso** detenidamente y haga preguntas si no lo entiende. El aviso le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, incluidos sus derechos a:
    - Obtener servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital. Saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
    - Ser parte de la decisión sobre la duración de su estadía en el hospital.

- Saber dónde comunicar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Presentar una apelación si cree que le están dando el alta del hospital demasiado pronto.

- Debe **firmar el aviso** para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.
  - Usted o alguien que actúe en su nombre pueden firmar el aviso.
  - Firmar el aviso **solo** muestra que ha recibido la información sobre sus derechos. Firmarlo **no** significa que acepta la fecha de alta que su médico u hospital pueden haberle dicho.
- **Conserve su copia** del aviso firmado para tener la información si la necesita.

Si usted firma el aviso con más de dos días de anticipación a la fecha de su salida del hospital, recibirá otra copia antes de que le den el alta.

Puede consultar una copia del aviso con antelación si:

- Llama a Servicios al Miembro a los números que aparece al pie de página
- Llama a Medicare al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Si desea que cubramos sus servicios de hospitalización por más tiempo, presente una apelación. La Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) revisará la apelación de Nivel 1 para averiguar si su fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted.

La QIO es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes les paga el gobierno federal. Estos expertos controlan y ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. No forman parte de nuestro plan.

En South Carolina, la QIO es Acentra Health. Llámelos al 1-888-317-0751 (TTY 711). La información de contacto también figura en el aviso “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” y en el **Capítulo 2**.

Llame a la QIO antes de salir del hospital y, a más tardar, en su fecha prevista de alta.

- **Si llama antes de salir**, podrá permanecer en el hospital después de la fecha prevista de alta sin tener que pagar nada mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.
- **Si no llama para presentar una apelación** y decide permanecer en el hospital después de la fecha prevista de alta, es posible que deba pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba a partir de la fecha prevista de alta.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicios al Miembro a los números que aparecen a pie de página.
- Llame a la Asesoramiento sobre seguros y referencias médicas para personas de la tercera edad (I-CARE) al 1-800-868-9095.

Solicite una revisión rápida. Actúe con rapidez y póngase en contacto con la QIO para solicitar una revisión rápida de su alta hospitalaria.

> El término legal para "**revisión rápida**" es "**revisión inmediata**" o "**revisión acelerada**".

Qué sucede durante la revisión rápida

- Los revisores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar después de la fecha de alta prevista. No está obligado a redactar una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que les hayan proporcionado el hospital y nuestro plan.
- A más tardar al mediodía del día siguiente a que los revisores informen a nuestro plan sobre su apelación, recibirá una carta con la fecha de alta prevista. La carta también incluye las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que esa es la fecha de alta adecuada y médicamente apropiada para usted.

> **El término legal** para esta explicación escrita es **"Aviso detallado de alta"**. Puede obtener un modelo llamando a Servicios al Miembro a los números que figuran a pie de página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.) También puede consultar un aviso modelo en línea en www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

En el plazo de un día completo después de recibir toda la información que necesita, la QIO le comunicará su respuesta a su apelación.

Si la QIO dice que **SÍ** a su apelación:

- Le proporcionaremos los servicios hospitalarios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice que **No** a su apelación:

- Ellos consideran que su fecha de alta prevista es médicamente adecuada.
- Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios terminará al mediodía del día siguiente a aquel en que la QIO le comunique su respuesta a su apelación.
- Es posible que tenga que pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba a partir del mediodía del día siguiente al de la respuesta de la QIO a su apelación.
- Puede presentar una apelación de Nivel 2 si la QIO rechaza su apelación de Nivel 1 **y** usted permanece en el hospital después de la fecha prevista de alta.

H3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Para una apelación de Nivel 2, usted solicita a la QIO que analice nuevamente la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-888-317-0751 (TTY 711) de 9 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes, y de 10 a. m. a 4 p. m. los sábados, domingos y feriados. También puede dejar un mensaje en cualquier momento.

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la QIO dijo que **No** a su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión únicamente si permaneció en el hospital después de la fecha en que la cobertura de la atención había terminado.

Los revisores de la QIO:

- Volverán a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

- Le comunicarán su decisión sobre su apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de segunda revisión.

Si la QIO dice que **SÍ** a su apelación:

- Debemos reembolsarle los gastos de la atención hospitalaria desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la QIO desestimó su apelación de Nivel 1.
- Le proporcionaremos los servicios hospitalarios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice que **No** a su apelación:

- Están de acuerdo con su decisión sobre su apelación de Nivel 1 y no la modificarán.
- Le entregan una carta que le indica qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

Un juez administrativo (ALJ) o un abogado adjudicador se encargan de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

I. Cómo solicitar que sigamos cubriendo determinados servicios médicos

Esta sección se refiere únicamente a tres tipos de servicios que usted podría estar recibiendo:

- servicios de atención médica domiciliaria
- atención de enfermería especializada en un establecimiento de enfermería especializada, **y**
- rehabilitación ambulatoria en un CORP aprobado por Medicare. Esto normalmente significa que está recibiendo tratamiento para una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una cirugía mayor.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, tiene derecho a recibir los servicios cubiertos durante el tiempo que el médico diga que los necesita.

Cuando decidamos dejar de cubrir cualquiera de estos, debemos informarle **antes** de que finalicen sus servicios. Cuando la cobertura para ese servicio finalice, dejaremos de pagarlo.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección explica cómo solicitar una apelación.

I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura

Le enviamos un aviso por escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención médica. Esto se denomina “Aviso de no cobertura de Medicare”. El aviso le informa la fecha en que dejaremos de cubrir su atención y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso para demostrar que lo recibió. Firmar el aviso **solo** muestra que recibió la información. Firmarlo **no** significa que usted acepta nuestra decisión.

I2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Si usted cree que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le informa sobre el proceso de apelación de Nivel 1 y lo que debe hacer.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y respete los plazos que se aplican a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir con los plazos. Si usted piensa que no estamos cumpliendo con los plazos, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre las quejas.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:
  - Llame a Servicios al Miembro a los números que aparecen a pie de página.
  - Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP), conocido como I-CARE en South Carolina, al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- **Póngase en contacto con la QIO.**
  - Consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre la QIO y cómo comunicarse con la organización.
  - Solicite que revisen su apelación y decidan si se debe modificar la decisión de nuestro plan.
- **Actúe con rapidez y solicite una “apelación por vía rápida”.** Pregunte a la QIO si es médicamente adecuado que dejemos de cubrir sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización

- Debe contactar a la QIO para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior de la fecha de entrada en vigor en el “Aviso de no cobertura de Medicare” que le enviamos.

El término legal para el aviso escrito es **"Aviso de no cobertura de Medicare".** Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios al Miembro a los números que aparecen a pie de página o a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. U obtenga una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Qué sucede durante una apelación por vía rápida

- Los revisores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar. No está obligado a redactar una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nuestro plan les hayan proporcionado.
- Nuestro plan también le envía un aviso por escrito en el que se explican los motivos por los que se finaliza la cobertura de sus servicios. Recibirá el aviso antes de que finalice el día en que los revisores nos informen de su apelación.

El término legal para la explicación que figura en el aviso es "**Explicación detallada de la no cobertura**".

- Los revisores le comunicarán su decisión en el plazo de un día completo tras recibir toda la información necesaria.

Si la QIO dice que **SÍ** a su apelación:

- Le proporcionaremos sus servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice que **No** a su apelación:

- Su cobertura finaliza en la fecha informada.
- Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha que se menciona en el aviso.
- Usted pagará por su cuenta el costo total de esta atención si decide continuar con la atención médica domiciliaria, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios CORF después de la fecha en que finalice su cobertura

- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una apelación de Nivel 2.

I3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Para una apelación de Nivel 2, usted solicita a la QIO que analice nuevamente la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-888-317-0751 (TTY 711) de 9 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes, y de 10 a. m. a 4 p. m. los sábados, domingos y feriados. También puede dejar un mensaje en cualquier momento.

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la QIO dijo que **No** a su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión **únicamente** si continuó con atención después de la fecha en que la cobertura de la atención había terminado.

Los revisores de la QIO:

- Volverán a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le comunicarán su decisión sobre su apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de segunda revisión.

Si la QIO dice que **SÍ** a su apelación:

- Le reembolsaremos los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura.
- Brindaremos la cobertura de la atención siempre y cuando sea médicamente necesaria.

Si la QIO dice que **No** a su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de poner fin a su atención y no la modificarán.
- Le entregan una carta que le indica qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

Un juez administrativo (ALJ) o un abogado adjudicador se encargan de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare

Si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, es posible que tenga derecho a niveles adicionales de apelación.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que ha apelado no alcanza un monto mínimo determinado, no podrá continuar con el proceso de apelación. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, podrá continuar con el proceso de apelación. La carta que reciba de la IRO por su apelación de Nivel 2 le explicará a quién debe contactar y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante un juez administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión es un juez administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el Gobierno federal.

Si el juez administrativo o el abogado adjudicador dicen que **Sí** a su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con la documentación adjunta que corresponda. Es posible que esperemos la decisión de la apelación del Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en conflicto.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o brindar el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a recibir la decisión del juez administrativo o del abogado adjudicador.
    - Si el juez administrativo o abogado mediador dicen que **No** a su apelación, el proceso de apelación puede o no puede terminar.
- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se dará por concluido.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá lo que debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo de Apelaciones es parte del gobierno federal.

Si el Consejo dice que **Sí** a su apelación de Nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisar una resolución de apelación de Nivel 3 que le sea favorable para usted, tenemos derecho a apelar al Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a recibir la decisión del Consejo.

Si el Consejo dice que **No** o rechaza nuestra solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede no finalizar.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se dará por concluido.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué debe hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información, y dirá que **Sí** o que **No**. Esta es la decisión definitiva. No hay otros niveles de apelación posteriores al Tribunal Federal de Distrito

J2. Apelaciones adicionales de Healthy Connections Medicaid

Usted también tiene otros derechos de apelación si su apelación se refiere a servicios o artículos que Healthy Connections Medicaid suele cubrir. La carta que reciba de la División de Apelaciones y Audiencias le indicará qué debe hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

Si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Healthy Connections Medicaid, y ambas apelaciones fueron rechazadas, tiene derecho a niveles adicionales de apelación. Si tiene alguna duda después de su apelación de Nivel 2, comuníquese con el defensor (ombudsman) al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Este defensor le explicará sus opciones y siempre actuará en su mejor interés.

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia del Tribunal de Derecho Administrativo (ALC). Si desea una audiencia del ALC, comience por completar el formulario de “Solicitud de audiencia de caso impugnado” disponible en www.scalc.net/pub/pubRequestForContestedCaseHearing.pdf. Debe enviar este formulario dentro de los 30 días calendario posteriores a la fecha en que se le notificó la decisión de Nivel 2. Presentar la apelación tiene un costo de $25. Si no puede pagar la tarifa, puede presentar una "Solicitud de exención de la tarifa de presentación". Puede encontrar este formulario en www.scalc.net/pub/pubRequestToWaiveFilingFee.pdf.

Si está apelando una decisión de Nivel 2 tomada por audiencia, usted será responsable del costo de hacer una transcripción de la audiencia. Una transcripción es un registro escrito de la audiencia. El costo de la transcripción es de aproximadamente $16 por cada hora que el transcriptor pasa escribiendo la transcripción.

Las normas para apelar al ALC se encuentran en www.scalc.net/rules.aspx. Si no sigue las normas, su apelación puede ser desestimada.

J3. Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de Medicare de la Parte D

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

Si el valor del medicamento para el que presentó la apelación cumple con cierto monto en dólares, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. La respuesta por escrito que recibe sobre su apelación de Nivel 2 le explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante un juez administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión es un juez administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el Gobierno federal.

Si el juez administrativo o el abogado adjudicador dicen que **SÍ** a su apelación**:**

- El proceso de apelación finaliza.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura aprobada del medicamento dentro de las primeras 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago dentro de los primeros 30 días calendario posteriores a recibir la decisión.

Si el juez administrativo o abogado mediador dicen que **No** a su apelación, el proceso de apelación puede o no puede terminar.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se dará por concluido.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá lo que debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo de Apelaciones es parte del gobierno federal.

Si el Consejo dice que **SÍ** a su apelación:

- El proceso de apelación finaliza.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura aprobada del medicamento dentro de las primeras 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago dentro de los primeros 30 días calendario posteriores a recibir la decisión.

Si el Consejo dice que **No** a su apelación o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede no finalizar.

- Si decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se dará por concluido.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué debe hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información, y dirá que **Sí** o que **No**. Esta es la decisión definitiva. No hay otros niveles de apelación posteriores al Tribunal Federal de Distrito

K. Cómo presentar una queja

K1. ¿Qué tipo de problemas deberían ser quejas

El proceso de quejas se usa solo para ciertos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera, la coordinación de la atención y el servicio al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan mediante el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica	• No está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.
Respeto de su privacidad	• Usted considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o que divulgó información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otras conductas negativas	• Un proveedor de atención médica o el personal fue descortés o irrespetuoso con usted. • Nuestro personal no lo trató bien. • Usted considera que lo están expulsando de nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia lingüística	• No puede acceder físicamente a los servicios e instalaciones de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor. • Su médico o proveedor no le proporcionan un intérprete para el idioma que habla, distinto del inglés (como el lenguaje de signos estadounidense o el español). • Su proveedor no le proporciona otras adaptaciones razonables que necesita y que solicitó.

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	• Tiene problemas para solicitar una consulta o debe esperar demasiado para conseguirla. • Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, Servicios al Miembro u otro personal del plan le hacen esperar demasiado tiempo.
Limpieza	• Cree que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.
Información que obtiene de nosotros	• Cree que no le enviamos un aviso o una carta que debería haber recibido. • Cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.
Plazos relacionados con las decisiones de cobertura o las apelaciones	• Cree que no cumplimos nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación. • Cree que, luego de recibir una decisión de cobertura o de apelación a su favor, no cumplimos los plazos para aprobar o prestarle el servicio, o para reembolsarle determinados servicios médicos. • Cree que no enviamos su caso a la IRO a tiempo.

Hay diferentes tipos de quejas. Puede presentar una queja interna y/o una queja externa. Una queja interna se presenta ante nuestro plan y éste la revisa. Una queja externa se presenta ante una organización que no está afiliada a nuestro plan y es esta la que la revisa. Si necesita ayuda para presentar una queja interna y/o externa, puede llamar a Servicios al Miembro al número de teléfono que figura a pie de página.

> El término legal para una "queja" es una **"queja formal"**.
>
> El término legal para "presentar una queja" es **"presentar una queja formal"**.

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios al Miembro al **1-888-996-0499 (TTY 711)**. Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D de Medicare. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D de Medicare, debe presentarla **dentro de los 60 días calendario** después de haber tenido el problema por el que desea presentar la queja.

- Si hay algo más que deba hacer, Servicios al Miembro se lo informará.
- También puede escribir su queja y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- No hay plazo para presentar una queja formal; para presentar una queja interna, llame a Servicios al Miembro al **1-888-996-0499 (TTY 711)**. Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D, debe presentarla dentro de los primeros 60 días calendario después de haber tenido el problema por el que desea presentar la queja.
    - **Si hay algo más que deba hacer, Servicios al Miembro se lo informará.**
    - **También puede escribir su queja y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, le responderemos la queja por escrito.**
- Incluya la siguiente información en su queja:
    - Su nombre y dirección
    - Su número de Medicare (puede encontrar este número en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
    - Su número de identificación de miembro (puede encontrar este número en su tarjeta de identificación de miembro)
    - El motivo de su queja

- Cualquier información adicional, como las fechas, las horas, las personas y los lugares en cuestión

- Una vez completada, envíe su información a:

  First Choice VIP Care
  Attn: Customer Experience, Grievances and Complaints
  P.O. Box 7140
  London, KY 40742-7140

Para presentar una “queja rápida”, llame a Servicios al Miembro al número que se indica a pie de página.

> **El término legal** para "queja rápida" es **"queja formal acelerada"**.

Si es posible, le contestaremos inmediatamente. Si nos llama para presentar una queja, es posible que podamos responderle en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud nos exige que respondamos rápidamente, así lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de las quejas dentro de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión en un plazo de 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificaremos por escrito. Asimismo, le brindaremos información actualizada sobre el estado de su solicitud y el plazo estimado para que reciba la respuesta.

- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le daremos una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de las 24 horas.

- Si presenta una queja porque nos tomamos más tiempo para tomar una decisión de cobertura o apelar, automáticamente le daremos una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de las 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con parte o la totalidad de su queja, se lo diremos y le daremos nuestras razones. Le comunicaremos si aceptamos o no aceptamos la queja.

K3. Quejas externas

Medicare

Puede informar a Medicare sobre su queja sobre su queja o enviarla a Medicare. El formulario de quejas de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. No es necesario que presente una queja ante First Choice VIP Care antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare toma en serio sus quejas y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si siente que el plan de salud no está abordando su problema, también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

El defensor u Ombudsperson

Puede llamar al defensor para informarles sobre su queja. No está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono del defensor es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Esta llamada es gratuita y también lo son los servicios.

Oficina de Derechos Civiles (OCR)

Puede presentar una queja ante la OCR del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) si considera que no ha recibido un trato justo. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para discapacitados o la asistencia con el idioma. El número de teléfono de la OCR es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Puede visitar http://www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede comunicarse con la OCR local en:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
Sam Nunn Atlanta Federal Center, Suite 16T70
61 Forsyth Street, S.W.
Atlanta, GA 30303-8909
Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697)
Fax: 202-619-3818

También puede tener derechos según la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y según la ley estatal. Puede comunicarse al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

QIO

Cuando su queja es sobre la calidad de la atención, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad de la asistencia directamente ante la QIO.
- Puede presentar su queja ante la QIO y ante nuestro plan. Si presenta una queja ante la QIO, colaboraremos con ellos para resolverla.

La QIO (Organización para la Mejora de la Calidad) es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de la salud a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **Sección H** o consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro*.

En South Carolina, la QIO se llama Acentra Health. El número de teléfono de Acentra Health es 1-888-317-0751. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Capítulo 10: Cómo dar de baja su afiliación a nuestro plan

Introducción

Este capítulo explica cómo puede dar de baja su afiliación a nuestro plan y cuáles son sus opciones de cobertura de salud después de que deje nuestro plan. Si deja nuestro plan, igual seguirá inscrito en los programas Medicare y Healthy Connections Medicaid siempre que reúna los requisitos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Cuándo puede dar de baja su afiliación a nuestro plan 235

B. Cómo dar de baja su afiliación a nuestro plan 236

C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid por separado.....236

C1. Sus servicios de Medicare 237

C2. Sus servicios de Healthy Connections Medicaid.....241

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su afiliación a nuestro plan ..241

E. Otras situaciones en las que finaliza su afiliación en nuestro plan 241

F. Normas que prohíben pedirle que deje nuestro plan por motivos relacionados con su salud 243

G. Su derecho a presentar una queja si damos de baja su afiliación en nuestro plan.....243

H. Cómo obtener más información sobre cómo dar de baja su afiliación a nuestro plan.....243

A. Cuándo puede dar de baja su afiliación a nuestro plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden dar de baja su afiliación durante ciertos momentos del año. Como usted también tiene Healthy Connections Medicaid, puede dar de baja su afiliación a nuestro plan durante cualquier mes del año.

Además, según las normas de Medicare, usted puede dar de baja o cambiar su afiliación a nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- El **período de inscripción abierta**, que se extiende del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su afiliación en nuestro plan terminará el 31 de diciembre y su afiliación en el nuevo plan comenzará el 1.º de enero.
- **El período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)**, que se extiende desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo, y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan, desde el mes en que tienen derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de dicho derecho. Si escoge un nuevo plan durante este período, su afiliación en el nuevo plan comenzará el primer día del siguiente mes.

Puede haber otras situaciones en las que tenga derecho a realizar un cambio en su afiliación. Por ejemplo, cuando:

- se muda fuera de nuestra área de servicio,
- su elegibilidad para Healthy Connections Medicaid o Ayuda Adicional cambiaron, **o**
- si se mudó recientemente a un establecimiento de enfermería o a un hospital de atención a largo plazo, si actualmente recibe atención en uno de ellos o si acaba de salir de uno de ellos.

Su afiliación en Medicare finaliza el último día del mes en que recibimos su solicitud para dejar nuestro plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan finaliza el 31 de enero. Si se inscribe en otro plan, su nueva cobertura comienza el primer día del mes siguiente (el 1.º de febrero, en este ejemplo).

Si deja nuestro plan, puede obtener información sobre sus:

- Opciones de Medicare en la tabla de la **Sección C1**.
- Servicios de Medicaid en la **Sección C2.**

Puede obtener más información sobre cómo dar de baja su afiliación llamando a:

- Servicios al Miembro al número que aparece a pie de página. También se indica el número para usuarios de TTY.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- South Carolina Healthy Connections Choices al 1-888-549-0820, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620.
- El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP), I-CARE, al 1-800-868-9095, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

B. Cómo dar de baja su afiliación a nuestro plan

Si decide dar de baja su afiliación, puede hacerlo inscribiéndose en otro plan de Medicare o pasando a Medicare Original. Sin embargo, si quiere cambiar de nuestro plan a Original Medicare, pero no ha seleccionado un plan separado de medicamentos de Medicare, usted debe pedir que lo desafilien de nuestro plan. Existen dos maneras de pedir la desafiliación:

- Puede pedírnoslo por escrito. Comuníquese con Servicios al Miembro al número que aparece a pie de página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades para oír o hablar) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llama al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. En el cuadro de la página 4 encontrará más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando se desafilie de nuestro plan.
- Llame a South Carolina Healthy Connections Choices al 1-888-549-0820, de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620. Dígales que desea desafiliarse de First Choice VIP Care e inscribirse en un plan diferente. Si tiene dudas acerca de qué plan elegir, el personal puede indicarle otros planes en su área. La **Sección C** siguiente incluye los pasos que debe seguir para inscribirse en otro plan, lo que también pondrá fin a su afiliación a nuestro plan.

C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid por separado

Tiene varias opciones para recibir los servicios de Medicare y Medicaid si decide dejar nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

Usted tiene tres opciones para obtener los servicios de Medicare indicados a continuación en cualquier mes del año. Usted tiene una opción adicional indicada a continuación durante determinados momentos del año incluidos el **período de inscripción abierta** y el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección A**. Al elegir una de estas opciones, automáticamente se desafilia de nuestro plan.

1. Usted puede cambiarse a:	**Esto es lo que debe hacer:**
Otro plan que proporciona su Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Healthy Connections Medicaid en un plan, también conocido como plan de necesidades especiales integrado con doble elegibilidad (D-SNP) un Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE), si reúne los requisitos.	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para obtener información sobre el Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE), llame a Healthy Connections Medicaid al 1-888-549-0820. Esta llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620. También puede visitar www.scdhhs.gov/providers/managed-care/program-all-inclusive-care-elderly-pace/members. Si necesita ayuda o más información: • Una vez que se haya puesto en contacto con Medicare para cambiar de plan, Medicare coordinará con Healthy Connections Medicaid para llevar a cabo el cambio. Para obtener más información sobre este proceso, puede llamar a South Carolina Healthy Connections Choices al 1-888-549-0820, de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m. Los

	usuarios TTY pueden llamar al 1-888-842-3620. • Llame al programa SHIP, I-CARE, al 1-800-868-9095, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. **O** Inscríbase en un nuevo D-SNP integrado. Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
2. Usted puede cambiarse a: **Original Medicare con un plan de medicamentos de Medicare diferente**	**Esto es lo que debe hacer:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al programa SHIP, I-CARE, al 1-800-868-9095, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. **O** Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan cuando comience su cobertura de Original Medicare.

	Seguirá recibiendo los servicios de Medicaid que le correspondan a través de la misma compañía que le ofrece su plan actual.
3. Usted puede cambiarse a: **Original Medicare sin un plan de medicamentos de Medicare independiente si tiene un motivo válido para desafiliarse** **NOTA:** Si usted cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare diferente, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que informe a Medicare que no desea inscribirse. Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos si tiene cobertura de medicamentos a través de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta acerca de su necesidad de cobertura de medicamentos, llame I-CARE al 1-800-868-9095 de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.	**Esto es lo que debe hacer:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al programa SHIP, I-CARE, al 1-800-868-9095, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan cuando comience su cobertura de Original Medicare. Seguirá recibiendo los servicios de Medicaid que le correspondan a través de la misma compañía que le ofrece su plan actual.

4. Usted puede cambiarse a:	**Esto es lo que debe hacer:**
Cualquier plan médico de Medicare durante determinados momentos del año incluido el **período de inscripción abierta** y el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección A**.	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para obtener información sobre el Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE), llame a Healthy Connections Medicaid al 1-888-549-0820. Esta llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620. También puede visitar www.scdhhs.gov/providers/managed-care/program-all-inclusive-care-elderly-pace/members. Si necesita ayuda o más información: • Llame al programa SHIP, I-CARE, al 1-800-868-9095, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. **O** Inscríbase en un nuevo plan de Medicare. Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Seguirá recibiendo los servicios de Medicaid que le correspondan a través de la misma compañía que le ofrece su plan actual.

C2. Sus servicios de Healthy Connections Medicaid

Si deja nuestro plan, recibirá sus servicios de Healthy Connections Medicaid a través de otro plan de atención administrada de Healthy Connections Medicaid gestionado por nuestra compañía. Esto se conoce como un plan de salud “alineado”.

Sus servicios de Healthy Connections Medicaid incluirán los servicios cubiertos por el plan estatal de South Carolina, incluida la atención de salud conductual.

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su afiliación a nuestro plan

Si deja nuestro plan, es posible que pase un tiempo antes de que finalice su afiliación y comience su nueva cobertura de Medicare y Healthy Connections Medicaid. Durante este tiempo, sigue obteniendo sus medicamentos y su atención médica a través de nuestro plan.

- Use a nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.
- Utilice las farmacias de nuestra red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia por correo, para obtener sus medicamentos recetados.
- Si se encuentra hospitalizado el día en que finaliza su afiliación a First Choice VIP Care, nuestro plan cubrirá su estadía hospitalaria hasta que reciba el alta. Esto sucederá incluso si su nueva cobertura médica comienza antes de que le den de alta.

E. Otras situaciones en las que finaliza su afiliación en nuestro plan

Puede haber casos en los que debemos desafiliarlo de nuestro plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no califica para Healthy Connections Medicaid. Nuestro plan es para personas que califican tanto para Medicare como para Medicaid.
- Si usted pierde su elegibilidad para Medicaid, el plan lo considerará elegible durante los seis meses siguientes al mes en que nos notificaron la pérdida de su elegibilidad. Se lo notificaremos por carta y un administrador de atención o un representante de Servicios al Miembro podrá brindarle ayuda para renovar su elegibilidad para Medicaid. Si no se renueva su elegibilidad para Medicaid, usted será desafiliado el primer mes luego del período estimado de seis meses.

- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está lejos de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
    - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios al Miembro para averiguar si el lugar donde se muda o viaja está en el área de servicios de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o prisión por un delito.
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que tenga para medicamentos.
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o persona con nacionalidad estadounidense, o no es un ciudadano que reúne los requisitos
    - Usted debe ser ciudadano de los Estados Unidos, persona con nacionalidad estadounidense o no ciudadano que reúne los requisitos.
    - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notificarán si usted no cumple los requisitos para seguir siendo miembro por este motivo.
    - Debemos cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

Si pierde su elegibilidad para South Carolina Healthy Connections Medicaid, pero se prevé que la recupere en un plazo de seis meses, continuaremos proporcionándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por First Choice VIP Care. Cuando finalice su cobertura de South Carolina Healthy Connections Medicaid, no pagaremos los beneficios de South Carolina Healthy Connections Medicaid incluidos en el Plan Estatal, ni pagaremos las primas de Medicare ni los costos compartidos de los que el estado sería responsable si usted no hubiese perdido su elegibilidad para Medicaid. El monto que usted paga por los servicios cubiertos de Medicare puede aumentar durante este periodo. Puede obtener más información llamando a SC Thrive al 1-800-726-8774 o a Servicios al Miembro de First Choice VIP Care al **1-888-996-0499 (TTY 711).**

Le ayudaremos a recuperar su elegibilidad para South Carolina Healthy Connections Medicaid. Si se restablece su elegibilidad para South Carolina Healthy Connections Medicaid mientras siga afiliado a nuestra cobertura de Medicare, reanudaremos el pago de sus beneficios de South Carolina Healthy Connections Medicaid y su afiliación con nosotros continuará. Si no puede recuperar su elegibilidad para South Carolina Healthy Connections Medicaid en un plazo de seis meses, le daremos de baja de First Choice VIP Care. Si recupera su elegibilidad para South Carolina Healthy Connections Medicaid después de haber sido dado de baja, deberá comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

Podemos hacer que deje nuestro plan por las siguientes razones solo si primero obtenemos el permiso de Medicare y Healthy Connections Medicaid:

- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se está inscribiendo en nuestro plan y la información afecta a su elegibilidad para nuestro plan.
- Si continuamente se comporta de mala manera y hace que nos resulte difícil brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan.
- Si permite que alguien más utilice su tarjeta de identificación de miembro para obtener atención médica. (Medicare podría solicitar al Inspector General que investigue su caso si lo desafiliamos por este motivo.)

F. Normas que prohíben pedirle que deje nuestro plan por motivos relacionados con su salud

No podemos pedirle que deje nuestro plan por algún motivo relacionado con su salud Si cree que le estamos solicitando que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, **llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

G. Su derecho a presentar una queja si damos de baja su afiliación en nuestro plan

Si damos de baja su afiliación en nuestro plan, debemos explicarle por escrito los motivos de la cancelación. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja formal o presentar una queja sobre nuestra decisión de desafiliarlo. También puede consultar el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* para obtener información sobre cómo presentar una queja.

H. Cómo obtener más información sobre cómo dar de baja su afiliación a nuestro plan

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos dar de baja su afiliación, puede llamar a Servicios al Miembro al número que se indica a pie de página.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que se aplican a su afiliación en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Aviso sobre leyes 245

B. Aviso de no discriminación 245

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Healthy Connections Medicaid como pagador de último recurso 245

A. Aviso sobre leyes

Se aplican muchas leyes a este *Manual del Miembro*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este *Manual del Miembro*. Las principales leyes que se aplican son las leyes federales sobre los programas de Medicare y Healthy Connections Medicaid. También pueden aplicarse otras leyes federales y estatales.

B. Aviso de no discriminación

No discriminamos a las personas o las tratamos de modo diferente por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto:

- Llame a la Oficina de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para más información.
- Llame a su Oficina de Derechos Civiles local. La Comisión de Asuntos Humanos de South Carolina al 1-800-521-0725 (TTY 711). Esta llamada es gratuita.
- Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios de atención médica o a un proveedor, llame a Servicios al Miembro. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios al Miembro podrá brindarle ayuda.

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Healthy Connections Medicaid como pagador de último recurso

En ocasiones, es necesario que alguien más pague primero por los servicios que le prestamos. Por ejemplo, si tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la indemnización por accidente laboral deben pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el primer pagador.

Cumplimos con las leyes y normativas federales y estatales relativas a la responsabilidad legal de terceros con respecto a los servicios de atención médica prestados a los miembros. Tomamos todas las medidas razonables para garantizar que Healthy Connections Medicaid sea el pagador de último recurso.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave utilizados en todo este *Manual del Miembro* con sus definiciones. Los términos se enumeran en orden alfabético. Si no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información de la que incluye una definición, comuníquese con Servicios al Miembro.

Actividades de la vida diaria (ADL): las cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Juez administrativo: un juez que revisa las apelaciones de Nivel 3.

Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP): un programa que ayuda a las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a los medicamentos que tratan el VIH y salvan vidas.

Centro de cirugía ambulatoria: un centro que ofrece cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no se espera que necesiten más de 24 horas de atención.

Apelación: una forma de cuestionar nuestra decisión si considera que hemos cometido un error. Puede solicitarnos que cambiemos la decisión mediante una apelación. El **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* explica las apelaciones, incluido el proceso para presentar una apelación.

Salud conductual: término genérico que hace referencia a los trastornos de salud mental y de consumo de sustancias tóxicas.

Período de beneficios: la manera en que Original Medicare determina su uso del hospital y de los servicios del establecimiento de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que va a un hospital o establecimiento de enfermería especializada. El período de beneficio termina cuando usted no ha recibido ninguna atención hospitalaria como paciente internado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si usted ingresa a un hospital o establecimiento de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comienza un nuevo período de beneficios. No existe ningún límite para el número de períodos de beneficios.

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

Biosimilar: un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y efectivos como los productos biológicos originales. Algunos biosimilares se pueden sustituir por el producto biológico original en la farmacia sin la necesidad de una receta nueva. (Consulte "Biosimilar intercambiable").

Medicamentos de marca: un medicamento que fabrica y comercializa la empresa que lo creó originalmente. Los medicamentos de marca contienen los mismos principios activos que las versiones genéricas. Los medicamentos genéricos suelen ser fabricados y comercializados por otras compañías

farmacéuticas y, por lo general, no están disponibles hasta que haya expirado la patente del medicamento de marca.

Coordinador de atención: la persona principal que colabora con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para garantizar que reciba la atención que necesita.

Plan de atención: consulte “Plan de atención individualizado”.

Equipo de atención: consulte “Equipo de atención interdisciplinario”.

Etapa de cobertura catastrófica: La etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D de Medicare en la que nuestro plan paga todos los gastos de sus medicamentos de la Parte D hasta fin de año. Esta etapa comienza cuando usted (u otras personas autorizadas que actúen en su nombre) haya gastado $2,400 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año. No debe pagar nada.

Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal a cargo de Medicare. El **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* explica cómo comunicarse con los CMS.

Queja: una declaración escrita u oral en la que indique que tiene un problema o una inquietud en relación con los servicios o la atención cubiertos. Incluye cualquier inquietud sobre la calidad de su servicio, la calidad de su atención, los proveedores de nuestra red o las farmacias de nuestra red. El nombre formal para “hacer una queja” es “interponer una queja formal”.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): un centro médico que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación importante. Proporciona una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago: un monto fijo que usted paga como parte del costo cada vez que obtiene ciertos medicamentos. Por ejemplo, podría pagar $2 o $5 por un medicamento.

Costos compartidos: monto que debe pagar al obtener determinados medicamentos. El costo compartido incluye el copago.

Nivel de costos compartidos: un grupo de medicamentos con el mismo copago. Todos los medicamentos que figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocida como *Lista de medicamentos*) se incluyen en uno de los seis niveles de copago. En general, cuanto más alto sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo del medicamento para usted.

Decisión de cobertura: una decisión sobre los beneficios que cubrimos. Incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagamos por sus servicios médicos. El **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para abarcar a todos los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término general que utilizamos abarcar a toda la atención médica, los servicios y apoyos a largo plazo, suministros, medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Capacitación en competencia cultural: capacitación que brinda instrucción adicional para nuestros proveedores de atención médica que les ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar los servicios a sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

Tasa diaria de costos compartidos: una tasa que puede corresponder cuando su médico le extiende una receta para un suministro menor a un mes completo de ciertos medicamentos y usted está obligado a efectuar un copago. Una tasa diaria de costos compartidos es el copago dividido por el número de días de suministro en un mes.

Este es un ejemplo: digamos que el copago para el suministro de un mes completo de su medicamento (30 días de suministro) es de $1.35. Esto significa que el monto que paga por su medicamento es inferior a $0.05 al día. Si recibe un suministro del medicamento para siete días, su pago es inferior a $0.05 por día multiplicado por 7 días, lo que resulta en un pago total de $0.35.

Desafiliación: el proceso de cancelar su afiliación en nuestro plan. La desafiliación puede ser voluntaria (su propia elección) o involuntaria (usted no lo decide).

Programa de Administración de Medicamentos (DMP): un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia.

Niveles de medicamentos: grupos de medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos.* Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Todos los medicamentos de la *Lista de medicamentos* se encuentran en uno de los cinco niveles.

Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): plan médico destinado a personas que cumplen los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid. Nuestro plan es en D-SNP.

Equipo médico duradero (DME): ciertos artículos que su médico receta para usar en su propio hogar. Algunos ejemplos de estos artículos incluyen silla de ruedas, muletas, sistemas de colchones

eléctricos, insumos para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de un miembro o la pérdida o trastorno graves de las funciones corporales (y, si está embarazada, la pérdida del embarazo). Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

Atención de emergencias: servicios cubiertos prestados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud conductual.

Excepción: permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas normas y limitaciones.

Servicios excluidos: servicios que este plan médico no cubre.

Ayuda Adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas de bajos ingresos y recursos a reducir los costos de medicamentos de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda Adicional también se denomina "Subsidio por bajos ingresos" o "LIS".

Medicamento genérico: un medicamento aprobado por la FDA para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos principios activos que un medicamento de marca. Por lo general, es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca.

Queja formal: una queja que presenta sobre nosotros o uno de los proveedores o farmacias de nuestra red. Incluye una queja sobre la calidad de la atención que recibe o sobre la calidad del servicio prestado por su plan médico.

Plan de salud o plan médico: una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. Además, cuenta con coordinadores de atención médica para ayudarle a administrar sus proveedores y servicios. Todos trabajan en conjunto para brindarle la atención que necesita.

Evaluación de riesgos para la salud (HRA): una revisión de su historial médico y estado de salud actual. Se utiliza para conocer su estado de salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Healthy Connections Medicaid: es el nombre del programa de Medicaid de South Carolina. Healthy Connections Medicaid está gestionado por el Estado y financiado por el Estado y el Gobierno federal. Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo y los gastos médicos. También cubre servicios adicionales y algunos medicamentos no cubiertos por Medicare. Consulte el **Capítulo 2** para obtener información sobre cómo comunicarse con Healthy Connections Medicaid.

Auxiliar de salud en el hogar: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de un enfermero certificado o un terapeuta, como ayuda con el cuidado personal (p. ej., bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). El auxiliar de salud en el hogar no tiene habilitación de enfermería ni proporciona terapia.

Atención para enfermos terminales: un programa de atención y apoyo para ayudar a las personas que tienen un pronóstico terminal a vivir cómodamente. Un pronóstico terminal significa que se ha certificado médicamente que una persona padece una enfermedad terminal, lo que implica una esperanza de vida de seis meses o menos.

- Un afiliado que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir un centro de atención para enfermos terminales/cuidados paliativos.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados brinda atención integral a la persona, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Debemos proporcionarle una lista de proveedores de atención para enfermos terminales/cuidados paliativos en su área geográfica.

Facturación incorrecta o inadecuada: situación en la que un proveedor (como un médico o un hospital) le factura por los servicios un monto superior al del costo compartido de nuestro plan. Llame a Servicios al Miembro si recibe alguna factura que no comprenda.

Dado que nosotros pagamos el costo total de sus servicios, usted **no** adeuda ningún copago Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Entidad de revisión independiente (IRO): una organización independiente contratada por Medicare que revisa las apelaciones de Nivel 2. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo. El nombre oficial es **Entidad de Revisión Independiente**.

Plan de atención individualizado (ICP o plan de atención): Un plan que indica qué servicios recibirá y cómo los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo.

Etapa de cobertura inicial: la etapa anterior a que sus gastos totales en medicamentos de la Parte D de Medicare alcancen los $2,400. Esto incluye los montos que usted pagó, lo que nuestro plan pagó en su nombre y el subsidio para personas con bajos ingresos. Usted comienza en esta etapa cuando surte la primera receta médica del año. Durante esta etapa, pagamos parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte.

Paciente hospitalizado: un término usado cuando usted es admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no es admitido formalmente, es posible que se lo considere como paciente ambulatorio en lugar de paciente hospitalizado, incluso si pasa la noche en el hospital.

D-SNP integrado: un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad que cubre los servicios de Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid bajo un único plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas también se denominan personas doble elegibilidad para todos los beneficios. Nuestro plan médico es un D-SNP integrado.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede sustituirse en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, ya que cumple con los requisitos adicionales sobre la concentración para la sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Equipo de atención interdisciplinaria (ICT o equipo de atención): un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeras, consejeros u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarlo a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también lo ayuda a elaborar un plan de atención.

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): una lista de los medicamentos bajo receta y de venta libre (OTC) que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* le indica si hay alguna norma que debe seguir para obtener sus medicamentos. La *Lista de medicamentos* a veces se denomina "formulario".

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): los servicios y apoyos a largo plazo ayudan a mejorar una afección a largo plazo. La mayoría de estos servicios lo ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que ir a un establecimiento de enfermería u hospital. Los LTSS incluyen servicios basados en la comunidad y en establecimientos de enfermería (NF).

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda Adicional”.

Organización de atención administrada: un plan de salud que presta servicios a sus miembros en función del riesgo a través de una red de proveedores empleados o afiliados.

Medicaid (o Asistencia Médica): un programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos.

Médicamente necesario: describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección o para mantener su estado de salud actual. Incluye la atención que le evita ingresar a un hospital o a un establecimiento de enfermería. También significa que los servicios, insumos o medicamentos cumplen con las normas aceptadas en la práctica médica.

Medicare: el programa de seguro médico federal para personas de 65 años o mayores, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas personas con insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o un plan de atención administrada (consulte “Plan de salud”).

Medicare Advantage: un programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “Plan MA”, que ofrece planes a través de compañías privadas. Medicare les paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): un consejo que revisa las apelaciones de Nivel 4. El Consejo de Apelaciones es parte del gobierno federal.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Todos los planes médicos de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare.

Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP): un programa estructurado para el cambio conductual de salud que ofrece capacitación en cambios de dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución para superar los retos que implican mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Afiliado de Medicare-Medicaid: una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid. Una persona inscrita en Medicare-Medicaid también se denomina "persona con doble elegibilidad".

Parte A de Medicare: el programa de Medicare que cubre la mayoría de la atención médicamente necesaria en hospitales, centros de enfermería especializada, atención domiciliaria y cuidados paliativos médicamente necesarios.

Parte B de Medicare: el programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte C de Medicare: el programa de Medicare, también conocido como "Medicare Advantage" o "MA", que permite que las compañías de seguros médicos privadas brinden beneficios de Medicare a través de un plan MA.

Parte D de Medicare: el programa de beneficios de medicamentos de Medicare. A este programa lo llamamos "Parte D" para abreviar. La Parte D de Medicare cubre medicamentos para uso ambulatorio, vacunas y algunos insumos no cubiertos por la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare o Medicaid. Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluye expresamente determinadas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D de Medicare. Es posible que Medicaid cubra algunos de estos medicamentos.

Administración de terapia con medicamentos (MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades médicas complejas brindado a las personas que cumplen con ciertos requisitos o están en el programa de administración de medicamentos. Los servicios del MTM por lo general incluyen una charla con un farmacéutico o proveedor médico para revisar la medicación. Consulte el Capítulo 5 del *Manual del Miembro* para obtener más información.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare y Medicaid 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) y el estado.

***Manual del Miembro* e información de divulgación:** este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo o cláusula adicional, en los que se detallan su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y las obligaciones que le corresponden como miembro de nuestro plan.

Servicios al Miembro: un departamento de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** del *Manual del Miembro* para obtener más información sobre Servicios al Miembro.

Farmacia de la red: una farmacia (droguería) que aceptó surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Las llamamos "farmacias de la red" porque acordaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, pagamos sus recetas médicas solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general que usamos para los médicos, enfermeras y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención domiciliaria, clínicas y otros lugares que le prestan servicios de atención médica, equipo médico y servicios y apoyos a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para brindar servicios de atención médica.
- Los llamamos "proveedores de la red" cuando aceptan trabajar con nuestro plan de salud y aceptan nuestro pago y no cobran a nuestros miembros una suma adicional.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan "proveedores del plan".

Hogar de ancianos o centro médico: un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibir atención en su domicilio pero que no necesitan estar en el hospital.

Ombudsman u ombudsperson (defensor): una oficina en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarlo a comprender qué hacer. Los servicios del defensor son gratuitos. Puede encontrar más información sobre el defensor en los **Capítulos 2** y **9** de este *Manual del Miembro*.

Determinación de la organización: nuestro plan toma una determinación de la organización cuando nosotros, o uno de sus proveedores, deciden si los servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos. A las determinaciones de la organización se las llaman "decisiones de cobertura". El **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* las decisiones de cobertura.

Producto biológico original: un producto biológico aprobado por la FDA y que sirve de comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de tarifa por servicio): el gobierno ofrece Original Medicare. Bajo Original Medicare, los servicios se cubren mediante el pago a médicos, hospitales y a otros proveedores médicos de los montos que determina el Congreso.

- Usted puede ver a cualquier médico, hospital u otro proveedor médico que acepta Medicare. Original Medicare tiene dos partes: Parte A de Medicare (seguro hospitalario) y Parte B de Medicare (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todo el territorio de Estados Unidos.

- Si no desea estar en nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que obtiene de farmacia fuera de la red a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red/centro médico fuera de la red: un proveedor o centro médico que no es empleado, no es propiedad ni está operado por nuestro plan y no tiene contrato para brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. El **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* explica los proveedores o centros médicos fuera de la red.

Gastos de bolsillo: el requisito de participación en los gastos que indica que los miembros deben pagar una parte de los servicios o medicamentos que reciben, también se denomina requisito de "gastos de bolsillo". Consulte la definición de "costos compartidos" más arriba.

Medicamentos de venta libre (OTC): los medicamentos de venta libre se refieren a cualquier fármaco o medicamento que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de la salud.

Parte A: consulte la “Parte A de Medicare”.

Parte B: consulte la “Parte B de Medicare”.

Parte C: consulte la “Parte C de Medicare”.

Parte D: consulte la “Parte D de Medicare”.

Medicamentos de la Parte D: consulte "medicamentos de la Parte D de Medicare".

Información médica personal (también llamada información médica protegida) (PHI): información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas al médico e historial médico. Consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir enfermedades o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías).

Proveedor de atención primaria (PCP): El médico u otro proveedor a quien consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. Se asegura de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable.

- También puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y derivarlo a ellos.
- En muchos planes médicos de Medicare, usted debe ver a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor médico.
- Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de atención primaria.

Autorización previa: una aprobación que debemos darle antes de recibir un servicio o medicamento específicos o de usar un proveedor que no pertenezca a la red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio o el medicamento si usted no obtiene primero la aprobación.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen la autorización previa (PA) de nuestro plan.

- Los servicios cubiertos que necesitan la autorización previa de nuestro plan están marcados en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.

Nuestro pan cubre algunos medicamos solo si usted obtiene nuestra autorización previa.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan la autorización previa de nuestro plan están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos* y las normas están publicadas en nuestro sitio web.

Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE): un programa que cubre los beneficios de Medicare y Medicaid de forma conjunta para personas mayores de 55 años que necesitan un mayor nivel de atención para poder vivir en su domicilio.

Prótesis y ortesis: dispositivos médicos prescritos por su médico u otro proveedor de atención médica que incluyen, entre otros, férulas para el brazo, la espalda y el cuello; miembros artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para sustituir una parte o función interna del cuerpo, incluidos los insumos para ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El gobierno federal le paga a la QIO para que controle y mejore la atención que se les brinda a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre la QIO.

Límites a la cantidad: un límite en la cantidad de medicamento que puede consumir. Podemos limitar la cantidad de medicamento que cubrimos por receta médica.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o una aplicación informática en la cual los inscriptos pueden buscar información completa, oportuna, clínicamente apropiada, específica para los afiliados y relacionada con los medicamentos cubiertos y los beneficios. Esto incluye los montos de los costos compartidos, medicamentos alternativos que pueden utilizarse para la misma afección que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Derivación: una derivación es la autorización de su proveedor de atención primaria (PCP) para acudir a un proveedor distinto de su PCP. Si no obtiene la autorización previa, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una derivación para consultar ciertos especialistas, tales como especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las derivaciones en los **Capítulos 3** y **4** de este *Manual del Miembro*.

Servicios de rehabilitación: el tratamiento que recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación mayor. Estos servicios incluyen rehabilitación para pacientes hospitalizados, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional. Consulte el **Capítulo 4** del *Manual del Miembro* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Área de servicio: un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si limita la membresía según el lugar donde viven las personas. En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales a que puede acudir, generalmente se refieren al área donde usted puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Establecimiento de enfermería especializada (SNF): un establecimiento de enfermería con el personal y el equipo para brindar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Atención en un establecimiento de enfermería especializada (SNF): servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada que se brindan de manera continua y diaria en un establecimiento de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un establecimiento de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que puede administrar una enfermera titulada o un médico.

Especialista: un médico que brinda atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo en particular.

Audiencia estatal: si su médico u otro proveedor solicitan un servicio de Healthy Connections Medicaid que no vamos a aprobar, o si no vamos a seguir pagando un servicio de Healthy Connections

Medicaid que ya recibe, puede solicitar una audiencia estatal. Si la audiencia estatal se resuelve a su favor, estamos obligados a proporcionarle el servicio que solicitó.

Terapia escalonada: una norma de cobertura que requiere que primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que está solicitando.

Seguridad de ingreso suplementario (SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas, o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Atención médica de urgencia: la atención que recibe por una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es una emergencia pero que necesita atención de inmediato. Puede recibir atención de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no pueda recibir atención dentro de la red porque, debido a la hora, el lugar o las circunstancias, no sea posible o razonable obtener los servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentre fuera del área de cobertura de nuestro plan y necesite servicios médicos de inmediato para una afección no diagnosticada, pero que no se trate de una emergencia médica).

Servicios al Miembro de First Choice VIP Care

TELÉFONO	**1-888-996-0499** Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. y del 1.º de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Servicios al Miembro también cuenta con servicios de intérpretes de idiomas sin cargo disponibles para personas que no hablen inglés.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. y del 1.º de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	**1-855-236-9284**
CORREO POSTAL	First Choice VIP Care P.O. Box 7183 London, KY 40742-7183
SITIO WEB	www.firstchoicevipcare.com

Declaración de divulgación de la PRA. *De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de OMB. El número de control válido de OMB para esta recopilación de información es 0938-1444. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a esta dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850*