

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

H4739_001_125510_C_Approved_10202025_SPN

Última actualización 01142026

Aprobación de OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



1.º de enero de 2026 – 31 de diciembre de 2026

La cobertura de salud y medicamentos de First Choice VIP Care

Introducción al *Manual del Miembro*

Este *Manual del Miembro*, también conocido como Evidencia de cobertura, le informa sobre la cobertura de nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2026. Explica los servicios de atención médica, los servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias, 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 aparece al final de esta página. La llamada es gratuita.

- Puede solicitar este documento, ahora y en el futuro, en un idioma distinto al inglés o en otro formato, simplemente 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 documentos futuros en español o 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 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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



Índice

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

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

Capítulo 4: Cuadro de beneficios

Capítulo 5: Cómo obtener su plan de farmacia para pacientes ambulatorios

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

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

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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

Capítulo 10: Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Capítulo 11: Avisos legales

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Descargo de responsabilidad

- ❖ First Choice VIP Care es un plan HMO D-SNP que tiene contrato tanto con Medicare como con el programa South Carolina Healthy Connections Medicaid. La inscripción en First Choice VIP Care está sujeta a 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.º de abril al 30 de septiembre; o los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., del 1.º de octubre al 31 de marzo. La llamada es gratuita.
- ❖ Los beneficios y/o copagos pueden cambiar el 1.º de enero de 2027.
- ❖ 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 afectarle con al menos 30 días de anticipación.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



- ❖ Este manual no es un certificado de seguro y no debe interpretarse como prueba de cobertura del 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 de South Carolina Healthy Connections Medicaid, y su membresía. También le dice qué esperar y qué otra información obtendrá de nuestra parte. 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	6
B. Información sobre Medicare y Healthy Connections Medicaid	6
B1. Medicare	6
B2. Healthy Connections Medicaid	6
C. Ventajas de nuestro plan	7
D. Nuestra área de servicio del plan	8
E. ¿Qué hace que usted sea elegible para ser miembro del plan?	8
F. Qué esperar cuando se inscriba por primera vez en nuestro plan de salud	9
G. Su equipo de atención y su plan de atención	11
G1. Equipo de atención	11
G2. Plan de atención	11
H. Sus costos mensuales de First Choice VIP Care	12
H1. Prima del plan	12
H2. Monto del pago de medicamentos bajo receta de Medicare	13

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



I. Este <i>Manual del Miembro</i>	13
J. Otra información importante que le proporcionamos	13
J1. Su tarjeta de ID de miembro	13
J2. <i>Directorio de proveedores y farmacias</i>	14
J3. <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	15
J4. La <i>Explicación de beneficios</i>	16
K. Cómo mantener actualizado su registro de membresía	16
K1. Privacidad de la información médica personal (PHI)	17

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



A. Bienvenido a nuestro plan

Nuestro plan ofrece los servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid a las personas que reúnen los requisitos para ambos programas. Nuestro plan incluye médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo, proveedores de salud del comportamiento y otros proveedores. También tenemos coordinadores de atención y equipos de atención para ayudarlo a gestionar sus proveedores y servicios. Trabajan juntos 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 administrado 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 no cubiertos por Medicare.

Cada estado decide:

- lo que cuenta como ingresos y recursos,
- quién reúne los requisitos,
- 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:

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



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

Incluso si nuestro plan deja 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 los servicios cubiertos por Medicare y Healthy Connections Medicaid de nuestro plan, incluidos los medicamentos. **No paga más por inscribirse en este plan de salud.**

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

- Puede colaborar con nosotros para la **mayoría** de sus necesidades de atención médica.
- Tiene un equipo de atención que usted mismo ayuda a formar. Su equipo de atención puede incluirlo a usted mismo, a su cuidador, médicos, enfermeros, consejeros 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.
- Usted puede dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de atención y su coordinador de atención.
- Su equipo de atención médica y su coordinador de atención trabajan con usted para elaborar un plan de atención diseñado para satisfacer **sus** necesidades de salud. El equipo de atención médica ayuda a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de atención médica se asegura de que:
 - Sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma para que puedan asegurarse de que está tomando los medicamentos correctos y puedan reducir cualquier efecto secundario que puedan causarle.
 - Los resultados de sus pruebas se compartan con todos sus médicos y otros proveedores, si corresponde.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



- Nuevos miembros de First Choice VIP Care: En la mayoría de los casos, se le inscribirá en First Choice VIP Care para sus beneficios de Medicare el primer día del mes siguiente al que solicite la inscripción en First Choice VIP Care. Es posible que siga recibiendo su South Carolina Healthy Connections Medicaid de su anterior plan de salud South Carolina Healthy Connections Medicaid durante un mes más. Después de eso, 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 aparece al final de la página.

D. Nuestra área de servicio del 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	Dillon	Dorchester	Edgefield
Darlington	Florence	Georgetown	Greenville	Greenwood	Hampton
Fairfield	Jasper	Kershaw	Lancaster	Laurens	Lee
Horry	Marion	Marlboro	McCormick	Newberry	Oconee
Lexington	Pickens	Richland	Saluda	Spartanburg	Sumter
Orangeburg	Union	Williamsburg	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. ¿Qué hace que usted sea elegible para ser miembro del plan?

Usted es elegible para nuestro plan siempre y cuando:

- viva en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas residan en el área de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella), **y**
- tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare, **y**

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



- sea ciudadano de los Estados Unidos o resida legalmente en los Estados Unidos, **y**
- sea actualmente elegible para Healthy Connections Medicaid, **y**
- tenga 18 años o más en el momento de la inscripción.

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

- forma parte de la población de "Spend-down" 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) o en un Centro de enfermería en el momento de la determinación de elegibilidad; **o**
- está en un programa de cuidados paliativos o está recibiendo servicios para enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) al momento de la determinación de elegibilidad.

Si pierde la elegibilidad, pero se espera que la recupere dentro del período de 6 meses de elegibilidad continua estimada de nuestro plan, continuaremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan. Sin embargo, no cubriremos sus servicios de Healthy Connections Medicaid ni los montos de los costos compartidos de Medicare. Durante este período de elegibilidad continua estimada, puede mantener sus beneficios de Medicare, pero no sus beneficios de Healthy Connections Medicaid.

Comuníquese con nuestro equipo de Servicios al Miembro para más información.

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

Cuando se inscriba por primera vez en nuestro plan, se le realizará una evaluación de riesgos para la salud (HRA) en el plazo de 90 días a partir de la fecha de entrada en vigencia de su inscripción.

Debemos completar una HRA para usted. Esta HRA es la base para elaborar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud del comportamiento y funcionales, incluidas la vivienda, el transporte y su capacidad para obtener alimentos y nutrición.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



Nos comunicaremos con usted para completar la HRA. Podemos completar la HRA en una visita en persona, por teléfono o por correo.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

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

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



G. Su equipo de atención y su plan de atención

G1. Equipo de atención

Un equipo de atención puede ayudarle a seguir recibiendo la atención que necesita. Un equipo de atención puede incluir a su médico, un coordinador de atención u otra persona de atención de la salud que usted elija.

Un coordinador de atención es una persona capacitada para ayudarle a gestionar la atención que necesita. A usted se le asigna un coordinador de atención cuando se inscribe en nuestro plan. Esta persona también lo deriva a otros recursos comunitarios que nuestro plan puede no proporcionar y colaborará con su equipo de atención para ayudar a coordinar su atención. Llámenos a los números que figuran al final de la página para informarse más sobre su coordinador de atención y su equipo de atención.

G2. Plan de atención

Su equipo de atención trabaja con usted para crear 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 y apoyos médicos, de la salud del comportamiento y a largo plazo, y los recursos comunitarios.

Su plan de atención incluye:

- Sus metas de atención médica y los pasos para ayudarle a alcanzarlas.
- Sus preferencias personales de atención médica.
- Servicios y apoyos que se adapten a sus necesidades, las necesidades de su cuidador (si lo tiene) y las recomendaciones de su equipo de atención.
- Problemas específicos o inquietudes sobre su salud en los que usted y su equipo de atención quieren trabajar.
- Metas claras para cada problema, junto con los tratamientos, servicios o recursos que lo ayudarán.
- Un plan para comprobar su evolución y realizar cambios si es necesario.
- Una planificación de la atención durante los momentos de cambio, como después de una hospitalización.
- Las opiniones de sus médicos, cuidadores y otros proveedores.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



- Conexiones a recursos comunitarios, como alimentos, servicios públicos o grupos de apoyo, si los necesita.
- Una planificación para obtener los servicios que necesita.

Su equipo de atención se reunirá con usted después de la HRA. Le preguntarán sobre los servicios que necesita. También le informan sobre los servicios que tal vez quiera tener en cuenta. Su plan de atención se crea en función de sus necesidades y metas. Su equipo de atención trabaja con usted para actualizar su plan de atención al menos una vez al año.

H. Sus costos mensuales de First Choice VIP Care

Nuestro plan no tiene prima.

Sus costos pueden incluir los siguientes:

- Prima del plan (**Sección H1**)
- Monto del plan de pago de medicamentos bajo receta de Medicare (**Sección H2**)

En algunas situaciones, su prima del plan podría ser menor.

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. El programa "Ayuda Adicional" ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Obtenga más información sobre este programa en el Capítulo 2, Sección I1. Si reúne los requisitos, inscribirse en el programa podría reducir la prima mensual de su plan.

Si ya recibe ayuda de uno de estos programas, es posible que la información sobre las primas que figura en este Manual del Miembro no corresponda a su caso. Le enviamos un folleto aparte llamado "Cláusula de Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Extra 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 folleto, llame a Servicios al Miembro al número que aparece al final de esta página y solicite la "Cláusula LIS".

H1. Prima del plan

Usted tiene cobertura de Medicaid, por lo que no pagará ninguna prima mensual, incluida la prima de la Parte B de Medicare, por su cobertura de salud.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



H2. Monto del pago de medicamentos bajo receta de Medicare

Si participa en el Plan de pago de medicamentos bajo receta de Medicare, recibirá una factura de su plan por sus medicamentos (en lugar de pagar en la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por cualquier medicamento bajo 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 bajo 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 acción. 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 al número que se encuentra en la parte inferior de la página. También puede consultar el *Manual del Miembro* que se encuentra en nuestro sitio web, en la dirección que aparece al final de la página.

El contrato tiene vigencia durante los meses en que esté inscrito en nuestro plan, entre el 1.º de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

J. Otra información importante que le proporcionamos

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

J1. Su tarjeta de ID de miembro

En nuestro plan, usted tiene una tarjeta para sus servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid, incluidos los LTSS, algunos servicios de la salud del comportamiento y recetas médicas. Debe mostrar esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o receta médica. Este es un ejemplo de tarjeta de ID de miembro:

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.





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 facturarle a Medicare en lugar de 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 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 en 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* (formato electrónico o impreso) llamando a Servicios al Miembro a los números que se encuentran en la parte inferior de la página. Las copias impresas solicitadas de los Directorios de proveedores y farmacias se enviarán por correo dentro de los tres días hábiles siguientes. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en el sitio web que se encuentra en la parte inferior de la página.

Este directorio enumera los profesionales de atención médica (como médicos, enfermeras practicantes y psicólogos), centros médicos (como hospitales o clínicas) y proveedores de

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



apoyo que puede ver como miembro de First Choice VIP Care. También incluimos las farmacias que puede utilizar para obtener sus medicamentos bajo receta.

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
 - agencias de atención médica en el hogar, proveedores de equipos médicos duraderos (DME) y otros que brindan bienes y servicios que obtiene a través de Medicare o Healthy Connections Medicaid.

Los proveedores de la red han acordado 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 farmacias que aceptan surtir recetas para 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, 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 en la parte inferior de la página para obtener más información. Tanto Servicios al Miembro como nuestro sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en nuestros proveedores y farmacias de la red.

J3. Lista de medicamentos cubiertos

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. La llamamos *Lista de medicamentos* para abreviar. Le indica cuáles medicamentos 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 por el Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare se incluirán en su *Lista de medicamentos*, a menos que se hayan eliminado y reemplazado tal y como se describe en el **Capítulo 5, Sección B**. Medicare ha aprobado la *Lista de medicamentos* de First Choice VIP Care.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



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 qué medicamentos están cubiertos, llame a Servicios al Miembro o visite nuestro sitio web en la dirección que aparece al final de la página.

J4. La Explicación de beneficios

Cuando usted utiliza sus beneficios de farmacia de la Parte D, le enviamos un resumen para ayudarle a comprender y llevar un registro de los pagos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Este resumen se llama *Explicación de beneficios* (o 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 brinda más información sobre los medicamentos que toma, como los aumentos en los precios y otros medicamentos que pueden estar disponibles con costos compartidos más bajos. Puede consultar a 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 puede ayudarlo a realizar un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

También puede solicitar una EOB. Para obtener una copia, llame a Servicios al Miembro a los números que aparecen al final de la página.

K. Cómo mantener actualizado su registro de membresía

Puede mantener actualizado su registro de membresía avisándonos cuando cambia su información.

Necesitamos esta información para asegurarnos de que tenemos la información correcta en nuestros registros. Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuáles son los montos de sus costos compartidos**. Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos de inmediato sobre lo siguiente:

- cambios de nombre, dirección o número de teléfono;

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



- 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 de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico;
- admisión en un centro médico de enfermería u hospital;
- atención en un hospital o sala de emergencias;
- cambios en su cuidador (o cualquier persona responsable de usted); **y**
- si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No tiene la obligación de informarnos sobre un estudio de investigación clínica en el que tiene la intención de participar, pero le recomendamos hacerlo.)

Si cambia alguna información, llame a Servicios al Miembro a los números que aparecen al final de la página.

Asegúrese de mantener actualizada su información de Medicaid. Puede visitar <https://apply.scdhhs.gov/CitizenPortal/> o llamar a Healthy Connections Medicaid a 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 contenida en su registro de membresía puede incluir información médica personal (PHI). Las leyes federales y estatales exigen que mantengamos la privacidad de su PHI. Protegemos su PHI. Para obtener más información sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8** de este *Manual del Miembro*.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



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 que puedan defenderlo en su nombre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



Índice

A. Servicios al Miembro	3
B. Su coordinador de atención	6
C. Asesoramiento, Asistencia y Referencias sobre Seguros para Personas Mayores (I-CARE) .	8
D. Organización para la mejora de la calidad (QIO)	10
E. Medicare	12
F. Healthy Connections Medicaid	14
G. Departamento de Envejecimiento de South Carolina	15
H. Defensor del Pueblo para Cuidados a Largo Plazo de South Carolina	16
I. Programas para ayudar a las personas a pagar medicamentos	17
I1. Ayuda Adicional de Medicare.....	17
I2. Plan de pago de medicamentos bajo receta de Medicare	18
J. Seguridad Social	20
K. Junta de Retiro Ferroviario (RRB)	21
L. Otros recursos.....	22

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



A. Servicios al Miembro

tipo de contacto LLAME AL	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 intérprete 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
ESCRIBA A	First Choice VIP Care P.O. Box 7183 London, KY 40742-7183
SITIO WEB	www.firstchoicevipcare.com

Comuníquese con Servicios al Miembro para recibir 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 ○

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



- el monto 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 cualquier proveedor (incluido un proveedor 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 F**).
 - Puede llamarnos al 1-888-996-0499 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
 - el monto que pagaremos por sus medicamentos.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



- Esto se aplica a sus medicamentos de Medicare Parte D, medicamentos bajo receta de Healthy Connections Medicaid y medicamentos de venta libre de Healthy Connections Medicaid.
- Para obtener más información sobre 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. 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*.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



B. Su coordinador de atención

A usted se le asigna su propio coordinador de atención personal, que es la persona de referencia para First Choice VIP Care. Un coordinador de atención es un profesional de la salud compasivo que le ayudará a obtener la atención y los servicios que afectan a su salud y bienestar. Realizará evaluaciones detalladas con usted que incluyen su historial médico, lista de medicamentos, vacunas y pruebas de detección médicas, entre otras cosas. Su coordinador de atención tendrá la oportunidad de conocerlo y colaborar 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.

Para comunicarse con su coordinador de atención, llame a Servicios al Miembro de First Choice VIP Care al número de teléfono que aparece al final de la página. Cuando se inscribe en el plan, automáticamente se le asigna un coordinador de atención. Su coordinador de atención lo llamará.

Tipo de contacto LLAME AL	1-888-996-0499. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Después del horario de atención habitual, el sistema interactivo de respuesta por voz le permitirá dejar un mensaje para su coordinador de atención. Tenemos servicios de intérprete sin cargo para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



Tipo de contacto ESCRIBA A	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 obtener servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastornos por consumo de sustancias)
- Preguntas sobre transporte
- Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud del comportamiento, transporte y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)
- Preguntas después de cualquier hospitalización
- Preocupaciones sobre cambios en el estado de salud
- Asistencia para programar consultas

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

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



C. Asesoramiento, Asistencia y Referencias sobre Seguros para Personas Mayores (I-CARE)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado y ofrece ayuda, información y respuestas sin cargo a sus preguntas sobre Medicare. En South Carolina, el SHIP se llama Asesoramiento, Asistencia y Referencias sobre Seguros para Personas Mayores (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.

Tipo de contacto LLAME AL	1-800-868-9095 El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 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.
ESCRIBA A	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 para:

- 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

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



- 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

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



D. Organización para la mejora de la calidad (QIO)

Nuestro estado tiene una organización llamada Acentra Health. Este es 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.

Tipo de contacto LLAME AL	1-888-317-0751 Esta llamada es gratuita. Los miembros del equipo de Acentra Health están disponibles de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes y de 11:00 a.m. a 3:00 p.m., los sábados, domingos y feriados. También puede dejar un mensaje las 24 horas del día, los 7 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.
ESCRIBA A	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.acentraqio.com

Comuníquese con Acentra Health para recibir ayuda con:

- 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 haber recibido medicación incorrecta, productos o procedimientos innecesarios, o diagnóstico erróneo,
 - Cree que su estadía en el hospital está terminando demasiado pronto, o

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



- Cree que sus servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) están terminando demasiado pronto.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



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.

Tipo de contacto LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. 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
ESCRIBA A	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



Tipo de contacto

SITIO WEBwww.medicare.gov

- Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluido su costo y los servicios que ofrecen.
- Encuentre médicos u otros proveedores y prestadores de atención médica que participan en Medicare.
- Conozca qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, vacunas y visitas anuales de rutina).
- Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare.
- Obtenga información sobre la calidad de la atención prestada por los planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención médica a domicilio, centros de diálisis, centros para enfermos terminales, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de cuidados a largo plazo.
- Busque sitios web y números de teléfono útiles.

Para presentar una queja a Medicare, vaya a

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.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



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.

Tipo de contacto LLAME AL	1-888-549-0820 Esta llamada es gratuita. Este número está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 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.
ESCRIBA A	South Carolina Department of Health and Human Services P.O. Box 8206 Columbia, SC 29202
SITIO WEB	www.scdhhs.gov

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



G. Departamento de Envejecimiento de South Carolina

El Departamento de Envejecimiento de South Carolina trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder a sus preguntas si tiene algún problema o queja y pueden ayudarle a comprender qué debe hacer. El Departamento de Envejecimiento puede ayudarle con problemas relacionados con los servicios o la facturación. No están conectados con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. Estos servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-800-868-9095 El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 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.
ESCRIBA A	Department on Aging 1301 Gervais Street, Suite 350 Columbia, SC 29201
SITIO WEB	www.aging.sc.gov

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



H. Defensor del Pueblo para Cuidados a Largo Plazo de South Carolina

El Defensor del Pueblo (Ombudsman) para Cuidados a Largo Plazo de South Carolina ayuda a las personas a obtener información sobre hogares de ancianos y resolver problemas entre los hogares de ancianos y los residentes o sus familias.

El Defensor del Pueblo para Cuidados a Largo Plazo del Estado de South Carolina no está vinculado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

Tipo de contacto LLAME AL	1-800-868-9095 Esta llamada es gratuita. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.
ESCRIBA A	Long Term Care Ombudsman Department on Aging 1301 Gervais St., Suite 350 Columbia, SC 29201
CORREO ELECTRÓNICO	ltombudsman@aging.sc.gov
SITIO WEB	www.aging.sc.gov

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



I. Programas para ayudar a las personas a pagar medicamentos

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

I1. Ayuda Adicional de Medicare

Dado que usted cumple los requisitos para Medicaid, califica para recibir y está recibiendo "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de farmacia. No necesita hacer nada para conseguir esta "Ayuda Adicional".

Tipo de contacto LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 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 un monto incorrecto por su receta en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para ayudarle a obtener pruebas del monto correcto de su copago. Si ya tiene pruebas del monto correcto, podemos ayudarle a compartir estas pruebas con nosotros.

- 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 los documentos siguientes deben demostrar que usted cumplía con los requisitos 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 situación;
 - 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 beneficio de Medicaid de la situación ante Medicaid;
 - Una copia de un documento del estado que confirme la situación activa;

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



- Una captura del archivo de inscripción electrónica estatal que muestre la situación ante Medicaid;
- Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid que muestren la situación ante Medicaid;
- Otra documentación provista por el Estado que muestre su situación ante Medicaid;
- Un aviso de otorgamiento de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) con fecha de entrada en vigencia; o
- Una carta de "Información importante" de la Administración del Seguro Social (SSA) que confirme que usted reúne automáticamente los requisitos para recibir ayuda adicional.
- Si usted es un miembro que está institucionalizado, brinde uno o más de los siguientes:
- Un remito de un centro médico 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 médico de atención a largo plazo por un mes calendario completo a su nombre;
- Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid que muestre que está institucionalizado en base a, por lo menos, un mes calendario completo de permanencia para la finalidad de pago de Medicaid.
- Cuando recibamos pruebas que demuestren su nivel de copago adecuado, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda realizar el copago correcto cuando obtenga la siguiente receta médica. Si paga de más en su copago, le reembolsaremos el dinero mediante un cheque o un crédito para copagos futuros. Si la farmacia no le cobró el copago y usted tiene una deuda con ellos, es posible que le paguemos directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Llame a Servicios al Miembro al número que se encuentra en la parte inferior de la página si tiene preguntas.

12. Plan de pago de medicamentos bajo 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

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



bolsillo por los 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 farmacia de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.** La "Ayuda Adicional" de Medicare es más ventajosa que participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos. 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 aparece al final de la página o visite www.Medicare.gov.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



J. Seguridad Social

La Seguridad Social determina la elegibilidad para Medicare y gestiona la inscripción en Medicare.

Es importante comunicarse con Seguridad Social si se muda o cambia su dirección de correo para informarlo.

LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponibles de 8:00 a. m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Puede utilizar los 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

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



K. Junta de Retiro Ferroviario (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 sobre sus beneficios de la RRB, comuníquese con la agencia.

Tipo de contacto LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione "0" para hablar con un representante de la RRB de 9 a.m. a 3:30 p.m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a.m. a 12 p.m. los miércoles. Presione "1" para acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB y obtener 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

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



L. Otros recursos

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

LLAME AL	1-800-273-8255 Los miembros de habla hispana deben llamar al: 1-888-628-9454 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	https://988lifeline.org

Cómo denunciar el fraude y el abuso

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

LLAME AL	1-866-833-9718, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana
TTY	711 Disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana
ESCRIBA A	Special Investigations Unit P.O. Box 7319 London KY 40742
CORREO ELECTRÓNICO	Formulario de contacto seguro FWA en el sitio web y FraudTip@amerihealthcaritasdc.com
SITIO WEB	www.firstchoicevipcare.com

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



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

Introducción

Este capítulo contiene normas y términos 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 (incluye proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer si le facturan directamente servicios que cubrimos y las normas para tener equipos médicos duraderos (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.....	3
B. Normas para obtener los servicios que cubre nuestro plan	3
C. Su coordinación de atención	4
C1. Qué es un coordinador de atención.....	4
C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de atención	5
C3. Cómo puede cambiar su coordinador de atención	5
D. Atención de proveedores.....	5
D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP).....	5
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red	6
D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan.....	7
D4. Proveedores fuera de la red.....	8
E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)	9
F. Servicios de la salud del comportamiento (salud mental y trastorno por consumo de sustancias tóxicas)	9
G. Cómo recibir atención autodirigida	10

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.firstchoicevipcare.com.



G1. ¿Qué es la atención autodirigida?.....	10
G2. ¿Quién puede recibir atención autodirigida (por ejemplo, si se limita a poblaciones con exención)?.....	10
G3. Cómo obtener ayuda para contratar proveedores de atención personal (si corresponde).....	10
H. Servicios de transporte.....	11
I. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando tengan necesidad urgente, o durante una catástrofe	11
I1. Atención en una emergencia médica	11
I2. Atención de urgencia	13
I3. Atención durante una catástrofe	14
J. ¿Qué sucede si le facturan directamente por servicios cubiertos?	15
J1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios	15
K. Cobertura de los servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica	16
K1. Definición de estudio de investigación clínica.....	16
K2. Pago de los servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica	16
K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica	17
L. De qué manera se cubren los servicios de atención médica en una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud	17
L1. Definición de una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud.....	17
L2. Atención de una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud	17
M. Equipos médicos duraderos (DME).....	18
M1. DME como miembro de nuestro plan.....	18
M2. Propiedad del DME si cambia a Original Medicare	18
M3. Beneficios de equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan.....	19
M4. Equipos de oxígeno cuando cambia a Original Medicare o a otro plan Medicare Advantage (MA)	19

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.firstchoicevipcare.com.



A. Información sobre servicios y proveedores

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

Los **proveedores** son médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención y están autorizados por el estado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, servicios de salud del comportamiento y equipos médicos.

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

B. Normas para obtener los servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre los servicios cubiertos por Medicare y Healthy Connections Medicaid. Esto incluye la salud del comportamiento.

Por lo general, nuestro plan pagará los servicios de atención médica y de la salud del comportamiento que reciba cuando siga nuestras normas. Estos son los requisitos para estar cubierto:

- La atención que reciba debe estar incluida en nuestro Cuadro de beneficios médicos del **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Al decir médicamente necesario, nos referimos a que necesita servicios para evitar, diagnosticar o tratar su afección o para mantener su estado actual de salud. Esto incluye la atención que le evita ingresar a un hospital o a un centro de enfermería. También significa que los servicios, insumos o medicamentos cumplen con las normas aceptadas de práctica médica.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.firstchoicevipcare.com.



- Para los servicios médicos, debe tener un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red que le brinde y supervise su atención. Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP (para más información, consulte la **Sección D1** de este capítulo).
 - Usted no necesita derivaciones de su PCP en caso de atención médica de emergencia o atención de urgencia, ni para visitar a un proveedor de salud para la mujer. Puede recibir otros tipos de atención sin necesidad de una derivación de su PCP (para obtener más información, consulte la **Sección D1** de este capítulo).
- **Usted debe recibir atención de proveedores de la red** (para más información, consulte la **Sección D** de este capítulo). Por lo general, no cubrimos la atención de un proveedor que no trabaje con nuestro plan de salud. Esto significa que deberá pagar al proveedor el costo total de los servicios que reciba. Estos son algunos casos en los que no se aplica esta norma:
 - Cubrimos la atención de emergencia o la atención de urgencia de un proveedor fuera de la red (para más información, consulte la **Sección I** de este capítulo).
 - Si necesita atención cubierta por nuestro plan y nuestros proveedores de la red no pueden prestarla, puede recibir la atención de un proveedor fuera de la red. Debe obtener autorización del plan antes de buscar la atención de un proveedor fuera de la red. En esa situación, cubrimos la atención como si la hubiera recibido de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para utilizar un proveedor fuera de la red, consulte la **Sección D4** de este capítulo.
 - Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan por un período breve o cuando su proveedor no está disponible o no tiene acceso temporalmente. Si es posible, llame a Servicios al Miembro al número que figura al final de la página antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a coordinar su diálisis de mantenimiento mientras está fuera.

C. Su coordinación de atención

C1. Qué es un coordinador de atención

Su coordinador de atención de First Choice VIP Care es su persona de referencia para First Choice VIP Care. Un coordinador de atención es un profesional de la salud compasivo y

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.firstchoicevipcare.com.



capacitado para ayudarle a gestionar su atención. Realizará evaluaciones detalladas con usted que incluyen su historial médico, lista de medicamentos, vacunas y pruebas de detección médicas, entre otras cosas. Su coordinador de atención tendrá la oportunidad de conocerlo y colaborar 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 comunicarse con su coordinador de atención, llame a Servicios al Miembro de First Choice VIP Care al número que aparece al final de la página.

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 aparece al final de la página.

D. Atención de proveedores

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

Debe elegir un PCP que le brinde y administre su atención. **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.

Las funciones del PCP son:

- Coordinar los servicios cubiertos.
- Su PCP coordina 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 todos los servicios que recibe para poder reducir el riesgo de cualquier efecto adverso. Su PCP le pedirá permiso antes de compartir su información médica con otros proveedores.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.firstchoicevipcare.com.



- Tomar decisiones sobre autorizaciones previas (PA), si corresponde. Para algunos servicios, es posible que su PCP tenga que conseguir 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 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 al final de la 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 ayudarlo, pero sin éxito (por teléfono o por correo) a elegir un PCP, entonces First Choice VIP Care Plus le asignará uno y luego lo notificará a usted y al PCP de la designación. La designación del PCP no afectará de manera negativa 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 deje la red de nuestro plan. Si su PCP deja nuestra red, podemos ayudarlo a buscar un nuevo PCP de la red.

Una vez que elija un nuevo PCP, el cambio llevará cinco días hábiles para aplicarse. Deberá contactarse con Servicios al Miembro para cambiar de PCP. Llame a Servicios al Miembro al número que aparece al final de la 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, tales como:

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

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.firstchoicevipcare.com.



Cuando necesite atención de proveedores especialistas, incluidos los servicios de atención domiciliar y de la salud del comportamiento, deberá coordinar la atención con su médico de atención primaria (PCP). Su PCP le 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 puede necesitar primero tener aprobación de nuestro plan antes de recibir cualquier 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 que usted utiliza deje nuestro plan. Si uno de sus proveedores deja nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores cambie durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor va a dejar nuestro plan para que tenga tiempo suficiente de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de la salud del comportamiento deja nuestro plan, le daremos un aviso si tuvo alguna consulta con ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, se lo notificaremos si está asignado a ese proveedor, si actualmente recibe atención de su parte o si lo ha visitado en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, usted tiene derecho a solicitar continuar recibiendo el tratamiento o las

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.firstchoicevipcare.com.



terapias médicamente necesarias. Colaboraremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.

- Le brindaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista calificado de la red al que pueda acceder, debemos buscar un especialista fuera de la red que le proporcione la atención cuando un proveedor o beneficio de la red 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, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarlo a elegir un nuevo proveedor para gestionar su atención.
- Si cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por uno cualificado o que no estamos gestionando bien su atención, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO), una queja formal sobre la calidad de la atención, o ambas cosas. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener 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 significan atención de emergencia o atención 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 pueden brindar esta atención, usted podrá recibir esta atención de un proveedor fuera de la red. Para obtener 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 hubiera recibido la atención de un proveedor de la red.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.firstchoicevipcare.com.



Si usa a un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare y/o Healthy Connections Medicaid.

- No podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare y/o Healthy Connections Medicaid.
- Si visita a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, deberá pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare.

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

El programa de servicios y apoyos 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 prestan en su hogar o en su comunidad, pero también pueden brindarse en un hogar de ancianos u hospital.

Nuestro plan no cubre los servicios LTSS, pero podrían estar disponibles mediante Healthy Connections Medicaid. Si considera que necesita LTSS, puede hablar con su coordinador de atención para saber cómo acceder a ellos y si puede obtener 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 de la salud del comportamiento (salud mental y trastorno por consumo de sustancias tóxicas)

Hay varias formas de encontrar a un proveedor de la salud del comportamiento. Puede llamar a Servicios al Miembro al número que aparece al final de la página. La llamada es gratuita.

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

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



G. Cómo recibir 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 por éste. Este método para recibir servicios de asistencia personal permite al miembro o a su representante brindar la dirección específica al proveedor sobre sus necesidades y preferencias. Este método garantiza que el servicio cumplirá con las necesidades del miembro.

G2. ¿Quién puede recibir atención autodirigida (por ejemplo, si se limita a poblaciones con exención)?

Los servicios de asistencia personal autodirigida están disponibles para todos los miembros del plan que estén inscritos en una de las tres exenciones mencionadas anteriormente en la Sección E. Su coordinador de atención puede ayudarle a utilizar el enfoque autodirigido si a usted le interesa.

G3. Cómo obtener ayuda para contratar proveedores de atención personal (si corresponde)

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



H. Servicios de transporte

Los servicios de transporte sin carácter de emergencia (NEMT) se prestan a través de 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 al final de la 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 una emergencia médica, cuando tengan necesidad urgente, o durante una catástrofe

II. Atención en una emergencia médica

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

- riesgo serio para su vida y, si está embarazada, pérdida del niño no nacido o
- pérdida o daño serio de funciones corporales, 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.
 - El traslado a otro hospital podría suponer un riesgo para su salud o seguridad o la del niño no nacido.

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 necesita usar un proveedor de la red. Puede obtener atención de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios o en todo el mundo, y de cualquier proveedor con la licencia estatal apropiada, aunque no sea parte de nuestra red.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



- **Tan pronto como sea posible, infórmele al plan de su emergencia.** Hacemos un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben informarnos sobre su atención médica de emergencia, por lo general, dentro de las 48 horas. Sin embargo, usted no pagará los servicios de emergencia si demoró en informarnos. Llame a Servicios al Miembro al número que aparece al final de la página.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Tenga en cuenta que Original Medicare generalmente 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 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 de emergencia decidirán cuándo su afección esté estable y haya terminado la emergencia médica. Seguirán tratándole y se pondrán en contacto con nosotros para planificar su tratamiento si necesita atención de seguimiento para recuperarse.

Nuestro plan cubre el seguimiento de su atención médica. Si recibe atención 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 de emergencia cuando no es una emergencia

A veces, puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica o de la salud del comportamiento. Puede ocurrir que vaya por atención médica de emergencia y que el médico diga que en realidad no existe tal emergencia. Siempre y cuando crea razonablemente que su salud estaba en peligro grave, nosotros cubriremos la atención.

Sin embargo, si el médico dice que no se trataba de una emergencia, cubriremos su atención adicional solo en alguna de estas situaciones:

- Visita a un proveedor de la red, o
- La atención adicional que recibe se considera “atención de urgencia”, y cumple con las normas para recibirla. Consulte la siguiente sección.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.firstchoicevipcare.com.



12. 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 enfermedad existente, o una afección o lesión imprevistas.

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

En la mayoría de los casos, cubrimos 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 es posible o razonable acudir a un proveedor de la red debido a su horario, ubicación o circunstancias, cubrimos 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 cerca de usted o a la sala de emergencias.

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

Cuando esté fuera del área de servicio de nuestro plan, tal vez 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 visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran urgentes, incluso si se encuentra 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 de urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos y sus territorios en las siguientes circunstancias: servicios de emergencia, incluida la atención de urgencia o de emergencia y el transporte de emergencia en ambulancia desde el lugar de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. No está cubierto el transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país. No se cubren los tratamientos preprogramados y planificados (incluida la diálisis para una enfermedad en curso) y/o procedimientos electivos.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.firstchoicevipcare.com.



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 catástrofe o emergencia en su área geográfica, usted tendrá de todas formas derecho a recibir atención de nuestro plan.

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

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

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.firstchoicevipcare.com.

J. ¿Qué sucede si le facturan directamente por servicios cubiertos?

No pague directamente los servicios que cubre Healthy Connections Medicaid.

Si pagó por 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.

Usted no debe pagar la factura. Si lo hace, es posible que no podamos reembolsarle el pago.

J1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- Que se determinen médicamente necesarios; **y**
- Que figuren en el Cuadro de beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*), **y**
- Que recibe siguiendo las normas del plan.

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

Si quiere saber si pagaremos por un servicio o atención médica, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a preguntarnos 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* le 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.

Pagaremos algunos servicios hasta cierto límite. Si sobrepasa el límite, usted deberá pagar el costo total para recibir más de ese tipo de servicios. Consulte el **Capítulo 4** para conocer los límites específicos de los beneficios. Llame a Servicios al Miembro para averiguar cuáles son los límites de los beneficios y cuánto de sus beneficios ha utilizado.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



K. Cobertura de los 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 participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita obtener informarnos ni obtener nuestra aprobación o la 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 se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Le recomendamos que nos informe antes de participar en un estudio de investigación clínica.

Si tiene previsto participar en un estudio de investigación clínica cubierto para los miembros por 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 pagará nada por los servicios cubiertos por el estudio. Medicare paga los servicios cubiertos por el estudio, así como los costos de rutina asociados con su atención. Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cubierta la mayoría de los artículos y servicios que recibe como parte del estudio. Esto incluye:

- Habitación y comidas para la admisión hospitalaria que Medicare pagaría, aunque no estuviera en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que forma parte del estudio de investigación.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.firstchoicevipcare.com.



- El tratamiento de cualquier efecto secundario y complicación causados por la nueva atención.

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

K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica

Para informarse más sobre la participación en un estudio de investigación clínica, lea “Medicare & Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica) 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 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 de una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud

Para recibir atención de 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 exceptuados”.

- El tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier tipo de atención o tratamiento que sea **voluntario y no esté exigido** por una ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es cualquier tipo de atención o tratamiento que **no sea voluntario y que esté exigido** por una ley federal, estatal o local.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.firstchoicevipcare.com.



Para estar cubierto por nuestro plan, 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 atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le brindan en un centro médico:
 - Debe tener una enfermedad que le permita recibir servicios cubiertos de atención en un hospital o centro especializado de enfermería.
 - Debe obtener nuestra aprobación antes de ser admitido en el centro médico; de lo contrario, su admisión **no** estará cubierta.

Se aplican límites de Medicare para la cobertura de la internación hospitalaria. Consulte Atención médica hospitalaria en el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

M. Equipos médicos duraderos (DME)

M1. DME como miembro de nuestro plan

Los DME incluyen algunos artículos médicamente necesarios ordenados por el proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones con motor, insumos para diabetes, camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Usted siempre es el propietario de algunos artículos de DME, como las prótesis.

Otros tipos de DME deben alquilarse. Como miembro de nuestro plan, usted **no será** propietario de los artículos de DME alquilados, independientemente del tiempo que los alquile.

Incluso si tuvo el DME durante un máximo de 12 meses consecutivos con Medicare antes de unirse 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 de Medicare Advantage (MA) como el nuestro, el plan puede establecer el número de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de pasar a ser propietarios.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



Deberá realizar 13 pagos consecutivos según Original Medicare, o tendrá que realizar el número de pagos consecutivos establecido por el plan MA, para ser propietario del artículo DME si:

- No pasó a ser propietario del artículo DME mientras estaba en nuestro plan, **y**
- Deja nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud del programa Original Medicare o de un plan MA.

Si realizó pagos por el artículo de DME bajo Original Medicare o un plan MA antes de unirse a nuestro plan, **esos pagos de Original Medicare o del plan MA no cuentan para los pagos que debe realizar después de dejar nuestro plan.**

- Deberá realizar 13 pagos nuevos consecutivos de acuerdo a Original Medicare o una serie de pagos nuevos consecutivos establecidos por el plan MA para ser propietario del artículo de DME.
- No hay excepciones a esta norma cuando regresa al plan de Original Medicare o un plan MA.

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

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

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

Debe devolver los equipos de oxígeno cuando ya no tenga la necesidad médica de usarlos o si deja 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 cambia a Original Medicare**, deberá alquilarlos a un proveedor por 36 meses. Los pagos mensuales del alquiler cubren los equipos de oxígeno y los suministros y servicios enumerados arriba.

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

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



- Equipos, suministros y servicios de oxígeno durante otros 24 meses.
- Equipos y suministros de oxígeno durante un máximo de 5 años si es médicamente necesario.

Si todavía tiene la necesidad médica de usar equipos de oxígeno **al finalizar el período de 5 años**:

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

Cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario y **usted deje nuestro plan y se cambie a otro plan MA**, el plan cubrirá al menos lo que cubre Medicare Original. Puede preguntar a su nuevo plan MA qué equipos y suministros de oxígeno cubre y cuáles serán sus costos.



Capítulo 4: Cuadro de beneficios

Introducción

Este capítulo brinda información sobre los servicios que nuestro plan cubre y las restricciones o los límites de esos 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*.

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care (HMO D-SNP) al 1-888-996-0499 (TY 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.º 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.



Índice

A. Sus servicios cubiertos y gastos de bolsillo	3
B. Normas contra proveedores que le cobran servicios	3
C. Acerca del Cuadro de beneficios de nuestro plan.....	3
D. Cuadro de beneficios de nuestro plan	6
E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan	62
E1. Servicios odontológicos	62
E2. Transporte médico que no sea de emergencia	62
F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Healthy Connections Medicaid	63

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.º 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.



A. Sus servicios cubiertos y gastos de bolsillo

Este capítulo le informa sobre los servicios que nuestro plan cubre. También puede conocer qué servicios 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 detalles sobre las normas del plan.

Si necesita ayuda para entender 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 dentro de la red. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier cobro del proveedor. 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 le indica los servicios que cubre nuestro plan. Enumera los servicios cubiertos por orden alfabético y los explica.

Pagaremos los servicios indicados en el Cuadro de beneficios cuando se cumplan las siguientes normas. No paga nada por los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos más abajo.

- Brindamos servicios cubiertos de Medicare y Healthy Connections Medicaid según las normas establecidas por Medicare y Healthy Connections Medicaid.
- Los servicios (incluyen atención médica, insumos, equipos y medicamentos) deben ser "medicamento necesarios". Medicamento necesarios se refiere 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 centro de enfermería.

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.º 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.



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

- A los nuevos miembros, durante los primeros 90 días es posible que no les exijamos que obtengan aprobación previa para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe 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 una emergencia o de atención de urgencia, o que su plan o un proveedor de la red lo hayan derivado. El **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* contiene más información sobre el uso de proveedores dentro y fuera de la red.
- Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que le brinda y gestiona la atención de su salud.
- 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 transcurridos 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 de cobertura especial 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 cobertura especial para que lo siga tratando, llame 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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes.
- Cubrimos algunos servicios que figuran en el Cuadro de beneficios solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación previa. Esto se llama autorización previa. En el Cuadro de beneficios, marcamos con un asterisco (*) los servicios cubiertos que necesitan autorización previa.
- Si su plan aprueba una solicitud de autorización previa para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención, según los criterios de cobertura, su historial médico y las recomendaciones del proveedor que lo trata.

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.º 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.



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

- Si usted padece alguna de las afecciones crónicas que se enumeran a continuación y cumple determinados criterios médicos, puede reunir los requisitos para recibir beneficios adicionales:
 - Trastornos cardiovasculares, afecciones mentales crónicas e incapacitantes, enfermedades gastrointestinales crónicas (limitadas a enfermedad hepática en etapa terminal), trastornos pulmonares crónicos (limitados a enfermedad pulmonar obstructiva crónica), insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedades del tejido conectivo, demencia, diabetes mellitus, sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico y accidente cerebrovascular.
 - La afección debe poner en peligro la vida o limitar considerablemente su salud general. Debe tener un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud. El miembro debe requerir una coordinación intensiva de la atención. El plan revisará criterios objetivos para determinar la elegibilidad del miembro. Para más información o para comprobar su elegibilidad, los miembros deberán comunicarse con el plan.
- Consulte la fila "Ayuda con determinadas afecciones crónicas" en Cuadro de beneficios para obtener más información.
- Comuníquese con nosotros para obtener información adicional.

Todos los servicios preventivos son gratuitos. Esta manzana 🍏 muestra los servicios de atención preventiva en el Cuadro de beneficios.

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.º 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.



D. Cuadro de beneficios de nuestro plan

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Examen para la detección de aneurisma aórtico abdominal Pagamos un único ultrasonido para 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, enfermero profesional o especialista en enfermería clínica.	\$0
Acupuntura Pagamos hasta 12 visitas de acupuntura en 90 días si tiene dolor crónico de espalda baja, que: • dura 12 semanas o más; • no es específico (no tiene una causa sistémica que pueda ser identificada, como, por ejemplo, que no esté asociado con enfermedades metastásicas, inflamatorias o infecciosas); • no está asociado con una cirugía, y • no está asociado a un embarazo. Además, pagamos ocho sesiones adicionales de acupuntura para el dolor de espalda baja crónico si muestra mejoría. No puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor de espalda baja crónico cada año. Los tratamientos de acupuntura deben ser suspendidos si no mejora o si empeora. Requisitos para los proveedores: Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Acupuntura (continuación) Según la definición de 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley), los médicos pueden ofrecer acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), los enfermeros profesionales (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (como se identifican en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden realizar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen lo siguiente: • un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una facultad acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM), y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que realiza acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, un PA o un NP/CNS, tal como lo requieren nuestros reglamentos en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27. Hasta un total combinado de 20 sesiones de acupuntura y quiropráctica de rutina (no de Medicare) médicamente necesarias al año.	

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Detección y asesoramiento por abuso de alcohol Pagamos un examen de detección de abuso de alcohol en adultos que consumen alcohol en exceso pero que no son dependientes del alcohol. 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 de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para situaciones de emergencia o que no sean de emergencia, incluyen servicios terrestres y aéreos (avión y helicóptero), y servicios de ambulancia. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano donde puedan darle atención. Su afección debe ser lo suficientemente seria como para que otras formas de llegar al centro de atención puedan poner en riesgo su salud o su vida. Debemos aprobar los servicios de ambulancia para otros casos (que no sean emergencias). Para los casos que no sean emergencias, podemos pagar una ambulancia. Su afección debe ser tan seria que, llevarlo a algún lugar por otros medios, podría poner en riesgo su vida o su salud. <i>*Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de ambulancia terrestre y aérea. No se requiere para los servicios de ambulancia de emergencia.</i>	\$0*

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Visita anual de rutina Puede hacerse un chequeo anual. Este chequeo tiene como fin actualizar o desarrollar un plan preventivo según sus factores de riesgo actuales. Pagamos este chequeo una vez cada 12 meses. Nota: Su primera visita anual de rutina no puede realizarse dentro de los 12 meses de su visita de Bienvenida a Medicare. Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de Bienvenida a Medicare para tener las visitas anuales de rutina después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	\$0
 Determinación de la masa ósea Pagaremos por ciertos procedimientos para los miembros que 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.	\$0
 Pruebas de detección de cáncer de seno (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 senos una vez cada 24 meses	\$0

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) Pagaremos los servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicios físicos, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones y tener una orden de un médico. También cubrimos programas de rehabilitación cardíaca intensiva, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca normales. <i>*Se requiere autorización previa.</i>	\$0*
 Visita para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades del corazón) Pagamos una visita al año a su proveedor de atención primaria, o más si es médicamente necesario, para ayudarlo a reducir el 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
 Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (corazón) Pagamos por análisis de sangre cada cinco años (60 meses) para saber si tiene una enfermedad cardiovascular. Estos análisis de sangre también detectan defectos por un alto riesgo de enfermedades cardíacas.	\$0

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Pruebas de detección de 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 • A mujeres con alto riesgo de cáncer de cuello uterino o vaginal: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • A 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 combinado de 20 sesiones de acupuntura y quiropráctica de rutina (no de Medicare) médicamente necesarias al año.	\$0
Servicios de tratamiento y manejo del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, manejo de medicamentos y coordinación y planificación de la atención.	\$0 El costo compartido de este servicio variará según las sesiones individuales proporcionadas durante el curso del tratamiento.

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 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 (10 años) para los pacientes que no tenga alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no tengan un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tengan un alto riesgo de cáncer colorrectal está cubierta cuando hayan pasado al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección, o cuando hayan pasado 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede pagar una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tenga un alto riesgo después de que el paciente haya tenido 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. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Prueba de detección del cáncer colorrectal (continuación) • 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 criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva en heces cubierta por Medicare dé un resultado positivo. • Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extirpación de tejido u otra materia, u otro procedimiento realizado en relación con la prueba de detección, como resultado de ella y en la misma prueba de detección.	
Servicios odontológicos Algunos servicios odontológicos están disponibles a través del Programa Odontológico de Healthy Connections Medicaid. First Choice VIP Care pagará los siguientes servicios: • Procedimientos médicos de emergencia realizados por cirujanos orales. • Procedimientos odontológicos relativos a lo siguiente: Este beneficio continúa en la página siguiente. Servicios odontológicos (continuación)	\$0*

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
• Trasplantes de órganos • Oncología • Radiación de la cabeza y/o el cuello como tratamiento contra el cáncer • Quimioterapia para tratamiento contra el cáncer • Reemplazo total de articulaciones • Reemplazo de válvula cardíaca • Tratamiento de traumatismo realizado en un hospital o centro quirúrgico para pacientes ambulatorios Pagamos algunos servicios odontológicos cuando el servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección primaria de una persona. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia contra el cáncer que afecta la mandíbula o los exámenes bucales previos al trasplante de órganos. Nuestro plan también cubre los beneficios siguientes: <u>Odontología preventiva:</u> Exámenes orales: 1 cada 6 meses Limpieza: 1 cada 6 meses Tratamientos con flúor: 1 cada 6 meses Radiografías dentales: 6 radiografías de aleta de mordida cada año, radiografía completa de la boca y panorámica cada 5 años. <u>Odontológicos integrales:</u> Hasta \$3,000 de límite al año para: • Restauraciones menores (empastes) Este beneficio continúa en la página siguiente Servicios odontológicos (continuación)	

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
• Endodoncia (1 por pieza dental de por vida). Se requieren radiografías pre y postoperatorias * • Endodoncia (1 por pieza dental de por vida). Se requieren radiografías pre y postoperatorias * • Periodoncia: Desbridamiento, una vez por año. 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: Mini-implantes (solo arco inferior) y dentadura postiza soportada por implantes (solo arco inferior) (1 cada 5 años)* • Prótesis dentales 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)* No cubierto: puentes fijos y demás implantes dentales, excepto mini implantes <i>*Se requiere autorización previa.</i>	
 Prueba de detección de la depresión Pagamos una prueba de detección de 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

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Prueba de detección de la 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

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Capacitación en autoadministración, servicios e insumos para la diabetes Pagaremos los siguientes servicios para todas las personas que tengan diabetes (usen insulina o no): • Insumos para controlar sus niveles de glucosa en sangre, lo que incluye: ○ Un monitor de glucosa en sangre ○ Tiras reactivas para controlar la glucosa en sangre ○ Lancetas y dispositivos para lancetas ○ Soluciones 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 severo, pagaremos lo siguiente: ○ un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (plantillas incluidas), incluida la adaptación, y dos pares adicionales de plantillas por año calendario, o ○ un par de zapatos de profundidad, incluida la adaptación, 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 ayudarlo a controlar su diabetes. Para obtener más información, comuníquese con Servicios al Miembro. <i>*Se requiere autorización previa.</i>	Las marcas preferidas tienen un copago de \$0. Las marcas no preferidas y todos los monitores continuos de glucosa requerirán una autorización previa y tendrán un coseguro del 20% (hasta que el miembro alcance el límite máximo de gastos de bolsillo).*

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Equipo médico duradero (DME) e insumos relacionados Consulte el Capítulo 12 de este <i>Manual del Miembro</i> para ver la definición de "Equipo médico duradero (DME)". Cubrimos los siguientes artículos: • Sillas de ruedas • Muletas • Sistemas de colchones con motor • Insumos para diabéticos • Camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar • Bombas de infusión intravenosa (IV) y soporte • Dispositivos generadores de voz • Equipo y suministros de oxígeno • Nebulizadores • Andadores • Mango curvo estándar o bastón cuádruple y repuestos • Tracción cervical (sobre la puerta) • Estimulador óseo • Equipo para diálisis Otros artículos podrían estar cubiertos. 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.

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Equipo médico duradero (DME) e insumos relacionados (continuación) Pagamos todo DME médicamente necesario que Medicare y Healthy Connections Medicaid paguen normalmente. Si nuestro proveedor en su área no tiene alguna marca o fabricante en particular, podrá pedirles que le hagan un pedido especial. <i>Se requiere autorización previa para los artículos de equipo médico duradero (DME) cubiertos por Medicare que superen los \$750 para su compra, alquiler y alquiler con opción a compra, la compra de todas las sillas de ruedas (motorizadas y manuales) y todos los accesorios para sillas de ruedas (componentes), independientemente del costo por artículo, y los suplementos nutricionales enterales.</i>	
Atención médica de emergencia "Atención médica de emergencia" significa que los servicios son: • ofrecidos por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia, y • necesarios para evaluar o tratar una emergencia médica. Una emergencia médica es una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que empeora rápidamente. Esta afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que provoque: • riesgo serio para su salud o la de su hijo no nacido; o • daño graves a sus funciones corporales, o • pérdida de una extremidad o pérdida de la función de una extremidad. 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 ir 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.

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención médica de emergencia (continuación) - 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. - El traslado a otro hospital podría suponer un riesgo para su salud o seguridad o la del niño no nacido. Existe un límite combinado de \$50,000 (USD) al año para emergencias, servicios de atención de urgencia, servicios de emergencia en ambulancia brindados fuera de los Estados Unidos y sus territorios.	
Servicios de planificación familiar La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea dentro o fuera de la red, 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 (AIU/DIU, implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parche o anillo) - Suministros para la planificación familiar con receta médica (condones, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón cervical) - Asesoría y diagnóstico de infertilidad, y servicios relacionados Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de planificación familiar (continuación) • Asesoramiento, pruebas y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS) • Asesoramiento y pruebas para el VIH y el SIDA, y otras afecciones relacionadas con el VIH • Anticoncepción permanente (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 cirugía.) • Asesoramiento genético También pagamos algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe utilizar un proveedor de nuestra red de proveedores para los siguientes servicios: • Tratamiento para afecciones de infertilidad (este servicio no incluye métodos artificiales para quedar embarazada). • Tratamiento del SIDA y otras afecciones médicas relacionadas con el VIH • Pruebas genéticas	
Ejercicio físico (fitness) SilverSneakers® es un beneficio de salud física sin cargo que incluye el acceso a los centros de actividad física, recursos de bienestar y clases en línea 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. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de audición (continuación) Nuestro plan también cubre los beneficios siguientes: 1 examen de rutina de audición por año. Hasta \$2,500 para cubrir el costo de dos (2) audífonos no implantables de la marca TruHearing Advanced cada tres (3) años, (límite de 1 audífono por oído). Luego del beneficio pagado por el plan, usted es responsable de los costos restantes.* Cada compra de audífonos de la marca TruHearing incluye un año de visitas de seguimiento al proveedor para la adaptación y los ajustes. Estas visitas están disponibles durante los 12 meses posteriores a la compra de un audífono de la marca TruHearing, siempre y cuando el miembro esté inscrito en el plan. Debe acudir a un proveedor de TruHearing para utilizar este beneficio. La compra de audífonos incluye lo siguiente: • Primeros 12 meses de consultas de seguimiento al proveedor • Período de prueba de 60 días • Garantía ampliada de 3 años • 80 baterías por audífono para modelos no recargables El beneficio no incluye ni cubre ninguno de los siguientes: • Audífonos de venta libre (OTC) • Moldes de oído • Accesorios para audífonos • Visitas adicionales a proveedores • Baterías adicionales • Baterías cuando se compra un audífono recargable • Audífonos que no sean audífonos de la marca TruHearing Advanced • Costos asociados con reclamos de garantía por pérdida y daño Los costos asociados a los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan. *Por costos restantes se entiende cualquier monto que supere su asignación.	

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Ayuda con determinadas afecciones crónicas Si usted califica para los Beneficios Suplementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI), puede solicitar el crédito trimestral OTC de \$106 para ayudar con gastos de la vida diaria. Este crédito puede usarse para lo siguiente: • Alimentos saludables, • Asistencia general para vivienda (por ejemplo, alquiler, hipoteca), • Servicios públicos, • Control de plagas. Los miembros deben tener al menos una de las siguientes afecciones crónicas para poder reunir los requisitos para el SSBCI: Trastornos cardiovasculares, afecciones mentales crónicas e incapacitantes, enfermedades gastrointestinales crónicas (limitadas a enfermedad hepática en etapa terminal), trastornos pulmonares crónicos (limitados a enfermedad pulmonar obstructiva crónica), insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedades del tejido conectivo, demencia, diabetes mellitus, sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico y accidente cerebrovascular. Además: La afección debe poner en riesgo la vida o limitar considerablemente la salud general o la función del miembro; el miembro debe estar en alto riesgo de hospitalización u otras consecuencias adversas de salud; y el miembro debe requerir coordinación de atención intensiva. El plan revisará criterios objetivos para determinar la elegibilidad del miembro. Para más información o para comprobar su elegibilidad, los miembros deberán comunicarse con el plan. Los montos no utilizados expiran al final de cada trimestre o al darse de baja del plan. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Ayuda con determinadas afecciones crónicas (continuación) Monto máximo de cobertura: \$106 por trimestre. Los beneficios mencionados son parte del programa complementario especial para los enfermos crónicos. No todos los miembros reúnen los requisitos.	
 Prueba de detección del VIH Pagamos por una prueba de detección del VIH cada 12 meses a las personas que: • solicitan una prueba de VIH, o • tienen un alto riesgo de infección por VIH. Si está embarazada, pagamos hasta tres pruebas de detección de VIH durante el embarazo.	\$0

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
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. Usted debe estar confinado en su hogar, que significa que salir de su casa representa un gran esfuerzo. Pagaremos por los siguientes servicios y, posiblemente, por otros servicios no enumerados aquí: • Servicios de jornada parcial o intermitente 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 del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos e insumos médicos <i>*Se requiere autorización previa.</i>	\$0*

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Terapia de infusión domiciliaria Nuestro plan paga por la terapia de infusión domiciliaria, que se define como la administración de medicamentos o sustancias biológicas a través de las venas y bajo la piel en su hogar. Se necesita lo siguiente para llevar a cabo la terapia de infusión domiciliaria: • 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 terapia intravenosa 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 • servicios de control para el suministro de terapia de infusión domiciliaria y medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor de terapia de infusión domiciliaria calificado. <i>*Se requiere autorización previa.</i>	\$0*
Atención 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 Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención para enfermos terminales (continuación) atención de cualquier programa de atención para enfermos terminales certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarle a encontrar programas para enfermos terminales certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos intereses financieros. 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 Para los servicios de atención para enfermos terminales y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B relacionados con su pronóstico terminal y que se facturan a Medicare: • Original Medicare (en lugar de nuestro plan) tendrá que pagar a su proveedor de atención para enfermos terminales los servicios para enfermos terminales y todos los servicios de la Parte A o B que estén relacionados con su pronóstico terminal. Mientras que está en el programa de atención para enfermos terminales, su proveedor de estos servicios le facturará a Original Medicare los servicios que paga Original Medicare. Para los servicios cubiertos por nuestro plan, pero no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: • Nuestro plan cubre los servicios que no están cubiertos por la Parte A o la Parte 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.	

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención 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 <i>Manual del Miembro</i>. Nota: Si necesita servicios que no se relacionan con la atención para enfermos terminales, llame a su coordinación de atención y/o Servicios al Miembro para coordinar los servicios. La atención que no es para enfermos terminales es la que no está relacionada con su pronóstico terminal. Nuestro plan cubre los servicios de consulta para enfermos terminales (una sola vez) a los miembros con una enfermedad terminal que no han elegido el beneficio de atención para enfermos terminales.	
 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 - Vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo elevado o intermedio de contraer la enfermedad - Vacunas contra la COVID-19 - Otras vacunas si usted está en riesgo y cumplen con las normas de cobertura de Medicare Parte B Pagaremos otras vacunas que cumplan con las normas de cobertura de la Parte D de Medicare. Consulte el Capítulo 6 de este <i>Manual del Miembro</i> para obtener más información.	\$0

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención médica hospitalaria Incluye la hospitalización del paciente agudo, hospitalización para rehabilitación, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización. La hospitalización comienza el día en que es formalmente admitido en el hospital por orden del médico. El día anterior a recibir el alta es su último día de hospitalización. Pagamos por 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 unidades de cuidado especial como unidades de terapia intensiva o cuidados coronarios • 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 abuso de sustancias tóxicas Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 por admisión* Debe obtener aprobación de nuestro plan para seguir recibiendo atención médica hospitalaria en un hospital fuera de la red una vez que su emergencia esté estabilizada.

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención médica hospitalaria (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 un trasplante. 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 de 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, incluido su almacenamiento y administración • Servicios de médico 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 usted no sabe bien si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja informativa está 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. <i>*Se necesita autorización previa para la admisión.</i>	

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de admisión hospitalaria en un hospital psiquiátrico Pagamos servicios de atención psiquiátrica que requieran una admisión hospitalaria. Hay un límite de 190 días de por vida para los servicios de admisión hospitalaria 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. <i>*Se requiere autorización previa.</i>	\$0 para los días 1-8 y 9-90*
Estadía hospitalaria: Servicios cubiertos en un centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta No pagamos su hospitalización si ha agotado su beneficio de hospitalización o si la hospitalización no es razonable ni médicamente necesaria. Sin embargo, en determinadas situaciones en las que la admisión hospitalaria no está cubierta, es posible que paguemos los servicios que reciba mientras se encuentre en un hospital o centro de enfermería. Para obtener más información, comuníquese con Servicios al Miembro. Pagaremos por los siguientes servicios y, posiblemente, por otros servicios no enumerados aquí: • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico, como análisis de laboratorio • Radiografías, radioterapia y terapia de isótopos, lo que incluye materiales y servicios de técnico • Apósitos quirúrgicos Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Estadía hospitalaria: Servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta (continuación) • 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 total o parcialmente: ○ Un órgano interno (lo que incluye el tejido contiguo), 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 cambio en su afección • Fisioterapia, terapia del habla y ocupacional *No todos los procedimientos, pruebas y servicios de laboratorio ambulatorios para diagnóstico requerirán autorización. *Algunos servicios requieren autorización previa, que incluye, prótesis, fisioterapia, terapia ocupacional y del habla, diagnóstico de paciente ambulatorio y servicios radiológicos terapéuticos.	

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
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 para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando esté temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 de este <i>Manual del Miembro</i>, o cuando el proveedor que brinda el servicio no está disponible o accesible en ese momento. • Tratamientos de diálisis como paciente hospitalizado si ingresa como paciente a un hospital para recibir cuidado 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, ayuden en casos de emergencia y revisen su equipo de diálisis y suministro de agua. Medicare Parte B paga ciertos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos de Medicare Parte B” en este cuadro.	\$0

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Pruebas de detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Nuestro plan paga las 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 conjuntas con su médico u otro proveedor calificado, y • ha fumado al menos 1 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 de visita de asesoramiento y toma de decisiones conjuntas para realizar pruebas de detección de cáncer de pulmón, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para tales visitas.	\$0
Comidas El beneficio de comidas luego del alta cubre 14 comidas en una semana para miembros confinados en sus hogares que cumplan los requisitos cada vez que reciban el alta de un centro de hospitalización o un centro de enfermería especializada. Hasta 4 veces al año. Se necesita derivación.	\$0

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 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. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios. Después de eso, pagamos dos horas de servicios de asesoramiento personalizado por año. Si su enfermedad, tratamiento o diagnóstico cambia, 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 el siguiente año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.	\$0
 Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Nuestro plan paga servicios MDPP a los miembros que reúnen los requisitos. El MDPP es un programa creado para ayudar a los miembros a hacer cambios sanos 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 sano.	\$0

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare 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 con equipo médico duradero (como nebulizadores) que nuestro plan autorizó. • El medicamento para el Alzheimer Leqembi® (nombre genérico lecanemab), que se administra de manera intravenosa (IV). • Factores de coagulación que usted mismo se inyecta si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre la terapia farmacológica para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el 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 no puede salir de su casa, tiene una fractura que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y si no puede inyectarse el medicamento usted mismo. Este beneficio continúa en la página siguiente	0% de coseguro para los medicamentos de insulina preferidos de la Parte B. 20% o \$35, lo que sea menor, para los medicamentos de insulina no preferidos de la Parte B.* 0% de coseguro para los medicamentos de quimioterapia/radiación preferidos de la Parte B. 20% para los medicamentos de quimioterapia/radiación no preferidos de la Parte B.* 0% de coseguro para otros medicamentos preferidos de la Parte B de Medicare. 20% para otros medicamentos no preferidos de la Parte B de Medicare.*

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) - Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona con instrucción adecuada (que podría ser usted, el paciente) los brinda bajo supervisión apropiada. - Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que toma por boca 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 principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que nuevos medicamentos orales contra el cáncer estén disponibles, la Parte B podrá cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D lo hará. - Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas utilizados como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o en las 48 horas posteriores a la quimioterapia o si se utilizan como sustitución terapéutica completa de un medicamento contra las náuseas por vía intravenosa. - Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por 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. Este beneficio continúa en la página siguiente	

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si padece una ESRD o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras enfermedades (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera® o Methoxy polyethylene glycol-epotin beta)*. • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. • Nutrición parenteral y enteral (IV y por sonda). También cubrimos algunas vacunas con la Parte B de Medicare y la mayoría de las vacunas para adultos con la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare. El Capítulo 5 de este <i>Manual del Miembro</i> explica nuestro beneficio de farmacia. Se explican las normas que debe seguir para que se cubran sus medicamentos bajo receta. El Capítulo 6 de este <i>Manual del Miembro</i> explica lo que paga por sus medicamentos a través de nuestro plan. <i>*Se requiere autorización previa.</i>	

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención en un centro de enfermería Un centro de enfermería (NF) es lugar que brinda atención a personas que no pueden recibir su atención en el hogar pero que no necesitan estar en el hospital. Los servicios que pagamos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • Terapia respiratoria • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención. (Incluye sustancias que están presentes de forma natural en el cuerpo, como los factores de coagulación sanguínea.) • Sangre, incluido su almacenamiento y administración • Insumos médicos y quirúrgicos que usualmente brindan los centros de enfermería • Exámenes de laboratorio que usualmente brindan los centros de enfermería • Radiografías y otros servicios radiológicos que usualmente brindan los centros de enfermería • Uso de dispositivos de asistencia, como sillas de ruedas, que usualmente brindan los centros de enfermería Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención en un centro de enfermería (continuación) • Servicios de médico/profesional médico • Equipo médico duradero • Servicios odontológicos, incluidas dentaduras postizas • Beneficios oftalmológicos • Exámenes de la audición • Atención de quiropráctico • Servicios de podiatría Generalmente usted recibe su atención de centros médicos de la red. Sin embargo, es 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 centro de enfermería o comunidad de retiro de atención continua donde estaba viviendo inmediatamente antes de ir al hospital (siempre que brinde atención en un centro de enfermería). • Un centro de enfermería donde viva su cónyuge o compañero doméstico al momento en que usted deja el hospital.	
Línea de enfermería Un sistema gratuito disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana, con acceso a una enfermera registrada que puede responder a preguntas sobre cuestiones de salud. El número de la Línea de asesoramiento 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

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Pruebas de evaluación y tratamiento de la obesidad para mantener un peso adecuado Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos el asesoramiento para ayudar a que baje de peso. Deberá recibir el asesoramiento en un ámbito de atención primaria. De esa manera, podrá controlarlo 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 Healthy Connections Medicaid para los miembros que cumplen con los criterios clínicos. Se requiere autorización previa.	\$0
Servicios del programa de tratamiento por uso de opioides (OTP) Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo 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, administrarle y darle estos medicamentos • Asesoramiento por consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas para detectar drogas o sustancias químicas en el cuerpo (pruebas toxicológicas)	\$0

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Exámenes de diagnóstico y servicios e insumos terapéuticos como paciente ambulatorio Pagamos por los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios no enumerados aquí: • Radiografías • Terapia de radiación (radio e isótopos) incluidos materiales e insumos del técnico • Insumos quirúrgicos, como vendajes • Férulas, yesos y otros dispositivos para fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Sangre, incluido su almacenamiento y administración • Pruebas de diagnóstico no realizadas en laboratorio, como tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografías por emisión de positrones (PET), cuando su médico u otro proveedor de atención médica las solicite para tratar una afección • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios <i>*No todos los procedimientos, pruebas y servicios de laboratorio ambulatorios para diagnóstico requerirán autorización previa. La mayoría de los servicios de laboratorio no requieren autorización previa. Pida a su proveedor que llame al plan para confirmar si es necesaria una autorización previa.</i>	\$0*

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Observación en hospital para pacientes ambulatorios Pagamos los servicios de observación hospitalaria ambulatoria para determinar si necesita ser ingresado como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta. Los servicios deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando los brinda un médico u otra persona autorizada por la ley estatal 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 ingresarlo 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 paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. La hoja informativa está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	\$0
Servicios hospitalarios 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 ambulatorios de cirugía u observación Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0*

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios ambulatorios (continuación) ○ Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si necesita ser admitido en el hospital como "paciente hospitalizado". ○ A veces puede estar en el hospital de un día para otro y aun así ser un "paciente ambulatorio". ○ Puede obtener más información sobre qué es ser un paciente hospitalizado o ambulatorio en esta hoja informativa: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. ● Análisis de laboratorio y de 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 exámenes y servicios de atención médica preventiva del Cuadro de beneficios ● Algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo <i>*Se necesita autorización previa para algunos servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</i> <i>Las normas de autorización para los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios se muestran en la descripción de cada beneficio individual para pacientes ambulatorios que figura en el Cuadro de beneficios. No todos los servicios preventivos o de diagnóstico de hospital para pacientes ambulatorios requieren autorización.</i>	

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Pagamos servicios de la salud mental prestados por: • un psiquiatra o médico habilitado del estado, • un psicólogo clínico, • un trabajador social clínico, • un enfermero clínico especializado, • un asesor profesional habilitado (LPC), • un terapeuta de matrimonio y familiar habilitado (LMFT), • un enfermero profesional (NP), • un asistente médico (PA), • cualquier otro profesional de la salud mental certificado por Medicare, según lo permitan las leyes vigentes del estado.	\$0
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. <i>*Se requiere autorización previa.</i>	\$0*

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios para trastornos por uso de sustancias para pacientes ambulatorios Pagaremos por los siguientes servicios y, posiblemente, por otros servicios no enumerados aquí: • detección y asesoramiento por consumo de alcohol • tratamiento por consumo de drogas • asesoramiento grupal o individual por parte de un médico calificado • desintoxicación subaguda en un programa residencial para adicciones • servicios relacionados con el alcohol y/o las drogas en un centro de tratamiento ambulatorio intensivo • tratamiento con naltrexona de liberación prolongada (Vivitrol) <i>*Se requiere autorización previa.</i>	\$0*
Cirugía ambulatoria Pagamos la cirugía ambulatoria y los servicios en un centro médico para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria. Nota: Si a usted le realizarán una cirugía en las instalaciones de un hospital, debe preguntar a su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para ingresarlo 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. <i>*Se requiere autorización previa.</i>	\$0*

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Artículos de venta libre (OTC) Los miembros tienen una asignación de \$106 por trimestre para gastar en artículos de venta libre elegibles, como vitaminas, analgésicos, remedios para el resfriado y más. Los fondos se cargan en una tarjeta de débito emitida por el plan todos los trimestres. Los miembros pueden comprar a través del catálogo OTC o en establecimientos minoristas participantes. No hay límite en el total de artículos o pedidos. Todos los fondos no utilizados expirarán al final de cada trimestre o al darse de baja del plan. Si un miembro reúne los requisitos, el crédito OTC se combinará con el crédito de SSBCI. Todos los fondos no utilizados expirarán al final de cada trimestre o al darse de baja del plan. La terapia de reemplazo de nicotina (NRT) incluida en el beneficio de la Parte D es diferente de este beneficio. Puede comprar la NRT a través del beneficio OTC. La naloxona es una compra elegible del beneficio OTC.	\$0

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.º 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.



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 hospitalario o en un centro comunitario de salud mental, y es más intensivo que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar licenciado (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 conductual (mental) que se ofrece como servicio ambulatorio hospitalario, en un centro comunitario de salud mental, en un centro de salud calificado a nivel federal o en una clínica de salud rural, y que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial. <i>*Se requiere autorización previa.</i>	\$0*
Sistema de respuesta ante una emergencia personal El Sistema de respuesta ante una emergencia personal (PERS) es un sistema de supervisión de alerta médica que proporciona acceso 24/7 a ayuda con solo pulsar un botón. Ofrecemos varios estilos, incluido un dispositivo portátil activado por móvil. El beneficio se limita a un dispositivo por año.	\$0
Servicios de médico o proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico Pagamos los servicios siguientes: Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0*

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de médico o proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) • Servicios de atención médica o cirugía médicamente necesarios, en lugares como: • el consultorio médico • Centro quirúrgico certificado para pacientes ambulatorios • Departamento para pacientes ambulatorios de un hospital • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su especialista, si su médico los ordena para evaluar si necesita tratamiento médico • 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 casa • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de enfermedades de salud mental si: Este beneficio continúa en la página siguiente.	

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de médico o proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) ○ Tiene una consulta en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telemedicina ○ Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telemedicina ○ Pueden producirse excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias • Servicios de telemedicina para visitas de salud mental brindados por clínicas rurales de salud y centros de salud federalmente calificados. • Chequeo rápido (check-in) virtual (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico durante 5 a 10 minutos si: ○ no es paciente nuevo y ○ el chequeo rápido no está relacionado con una visita de consultorio en los últimos 7 días, y ○ el chequeo rápido no lleva a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o a la consulta que se disponga con mayor rapidez • Evaluación del video y/o imágenes que usted envió a su médico, e interpretación y seguimiento por parte del médico dentro de las 24 horas si: ○ no es paciente nuevo, ○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días, y Este beneficio continúa en la página siguiente.	

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de médico o proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) ○ la evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o a la consulta que se disponga con mayor rapidez • 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 <i>*Los servicios hospitalarios ambulatorios requieren autorización previa.</i>	
Servicios de podiatría Pagamos los servicios siguientes: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedos en martillo o espolón calcáneo) • Cuidado de rutina de los pies para miembros con enfermedades que afectan las piernas, como la diabetes Cubrimos hasta 9 visitas de rutina por año.	\$0

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si usted no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si usted reúne los requisitos, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos el costo de la inyección. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (que incluyen evaluación del riesgo de VIH, reducción del riesgo de VIH y cumplimiento del tratamiento) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección de VIH cada 12 meses. • Una prueba única de detección del virus de la hepatitis B.	\$0
 Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres a partir de los 50 años, el plan paga los siguientes servicios una vez cada 12 meses: • Un examen de tacto rectal • Un examen de antígeno prostático específico (PSA)	\$0

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Dispositivos protésicos y ortésicos e insumos relacionados Los dispositivos protésicos reemplazan total o parcialmente una parte de un miembro o una función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: • Pruebas, ajustes o formación en el uso de prótesis y ortesis • Bolsas de colostomía e insumos relacionados con el cuidado de una colostomía • Marcapasos • Aparatos ortopédicos • Zapatos protésicos • Brazos y piernas artificiales • Prótesis mamarias (incluye un sostén quirúrgico después de una mastectomía) Pagamos algunos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos. También pagamos la reparación o sustitución de dispositivos protésicos y ortopédicos. Ofrecemos cierta cobertura después de la una eliminación o cirugía de cataratas. Consulte “Cuidado de la vista” más adelante en esta sección para más información. <i>*Se requiere autorización previa para prótesis e insumos médicos de venta y alquiler cubiertos por Medicare.</i>	\$0*

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.º 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.



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. <i>*Se requiere autorización previa.</i>	\$0*
 Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado la solicita y usted cumple con una de estas condiciones: • Usted tiene un alto riesgo porque usa o ha usado drogas inyectables ilícitas. • Usted recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Usted nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se le considera de alto riesgo, pagamos una prueba de detección una vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha continuado consumiendo drogas inyectables ilegales desde su anterior prueba de detección de hepatitis C con resultado negativo), cubrimos las pruebas de detección anuales.	\$0

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 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 los exámenes. Cubrimos estos exámenes una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También pagamos hasta dos sesiones intensivas de asesoramiento de conducta, en persona, una vez al año, para adultos sexualmente activos y con mayor riesgo de tener infecciones de transmisión sexual. Cada sesión varía de 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.	\$0
Atención en un centro especializado de enfermería (SNF) La definición de centro especializado de enfermería se encuentra en el Capítulo 12. Pagaremos por los siguientes servicios y, posiblemente, por otros servicios no enumerados aquí: • Una habitación semiprivada o privada, si es médicamente necesaria • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0 por admisión*

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención en un centro especializado de enfermería (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 normalmente provistos en los SNF • Análisis de laboratorio ordenados en los SNF • Radiografías y otros servicios radiológicos que brindan los centros de enfermería • Dispositivos de asistencia, como sillas de ruedas, que normalmente brindan los centros de enfermería • Servicios de un médico o proveedor Generalmente usted recibirá su atención en SNF de la red. Bajo ciertas condiciones, es 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 centro de enfermería o la comunidad para jubilados de atención continuada donde usted vivió antes de ir al hospital (siempre y cuando ofrezca la atención de un centro de enfermería) • Un centro de enfermería donde viva su cónyuge o compañero doméstico al momento de dejar el hospital Este beneficio continúa en la página siguiente.	

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención en un centro especializado de enfermería (SNF) (continuación) Cubrimos hasta 100 días por período de beneficios para los servicios de hospitalización prestados en un SNF. El período de beneficios comienza el día en que ingresa como paciente hospitalizado en el hospital o SNF. El período de beneficio finaliza cuando usted no ha recibido atención médica hospitalaria (o atención especializada en una SNF) durante 60 días consecutivos. Si usted va a un hospital o SNF luego de que finaliza el período de beneficio, comienza un nuevo período de beneficio. No existe ningún límite para el número de períodos de beneficios que puede tener. <i>*Se requiere autorización previa.</i>	
 Programa para dejar de fumar y usar tabaco El asesoramiento para dejar de fumar y usar tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con estos criterios: • usan tabaco, independientemente de si muestran signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco, • son competentes y están conscientes durante el asesoramiento, • un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda el asesoramiento. Cubrimos 2 intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, con hasta ocho sesiones por año). El plan ofrece 4 sesiones más además de las visitas de Medicare.	\$0

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Terapia de ejercicio supervisada (SET) Pagamos por la SET a miembros con arteriopatía periférica (PAD) sintomática que tengan con la derivación correspondiente del médico responsable del tratamiento de la PAD. Nuestro plan paga: • Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la SET • Posteriormente, otras 36 sesiones 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 PAD en miembros con calambres en las piernas debido a un mal flujo de sangre (claudicación) • En un entorno ambulatorio en hospital o en el consultorio de un médico • Lo brinda personal calificado que se asegure de que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en terapias de ejercicio para PAD • Bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o enfermero profesional/especialista de enfermería clínica capacitado en técnicas de soporte vital tanto básicas como avanzadas <i>*Se requiere autorización previa.</i>	\$0*

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Transporte (no de emergencia) Además del transporte descrito en la sección E2 debajo, cubrimos 24 viajes de ida al año a lugares aprobados por el plan (por ejemplo, consultorio médico, farmacia y hospital). Puede consistir de un automóvil, un servicio de traslado o una camioneta, según resulte más adecuado a la situación y a las necesidades del miembro. Los viajes se deben programar con un mínimo de un día laboral de antelación, excepto en circunstancias especiales. El transporte solamente se autoriza hacia lugares aprobados por el plan (por ejemplo, consultorio médico, farmacia y hospital). Límite de 50 millas por tramo.	\$0

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención de urgencia La atención de urgencia trata lo siguiente: • una situación que no es de emergencia pero que requiere atención médica inmediata, o • una enfermedad imprevista, o • una lesión, o • una afección que necesita atención inmediata. Si necesita atención de urgencia, deberá tratar de conseguirla primero de un proveedor de la red. Sin embargo, puede acudir a 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 sea razonable obtener este servicio de los proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan y necesite servicios médicos inmediatos para 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, servicios de emergencia en ambulancia brindados fuera de los Estados Unidos y sus territorios.	\$0

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Cuidado de la vista Pagamos servicios de un médico para pacientes ambulatorios por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo. Por ejemplo, degeneración macular relacionada con la edad. Para las personas con un alto riesgo de glaucoma, pagamos una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: • personas con un antecedente familiar de glaucoma, • personas con diabetes, • personas afroamericanas de 50 años y más, e • hispanoamericanos de 65 años o más. Para las personas con diabetes, pagamos una evaluación de riesgo de 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 puede 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 beneficios siguientes: Examen de la vista de rutina, 1 cada año. Se cubre un par de lentes de contacto o un par de anteojos (lentes y marco) al año. \$355 de asignación del plan al año. Usted debe recibir atención de un proveedor de la red. Solo pagaremos los servicios para la vista cubiertos si acude a un proveedor de la vista de la red. En la mayoría de los casos, deberá pagar la atención que reciba de un proveedor que no pertenezca a la red.	\$0

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.º 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.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Visita preventiva de "Bienvenida a Medicare" Cubrimos la visita preventiva única de "Bienvenida 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), y • derivaciones para otro tipo de atención si lo necesita. Nota: Cubriremos la visita preventiva de "Bienvenido a Medicare" solo durante los primeros 12 meses en que tenga la Parte B de Medicare. Cuando haga su consulta, diga en el consultorio de su médico que quiere programar su visita preventiva de "Bienvenida a Medicare".	\$0

E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, 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 (extracciones/eliminaciones) 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 consultas médicas con un copago de \$0. El tipo de asistencia dependerá de la situación médica del miembro. Se verificarán con los proveedores médicos 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. **Si un miembro necesita transporte de emergencia, debe llamar al 911.**

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.º 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.



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 con la información de contacto de su región en el folleto para el miembro.

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

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

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos que no cubrimos bajo ninguna circunstancia, y algunos que están excluidos 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 un centro de emergencias, el plan no pagará los servicios. Si considera que nuestro plan debe pagar por un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

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

- Servicios que no se consideran "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 Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan los cubran. 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 la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare lo pague.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.

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.º 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. 63



- Enfermería privada.
- Artículos personales en su habitación en el hospital o en un centro de enfermería, como un teléfono o una televisión.
- Servicios de enfermería a tiempo completo en su hogar.
- Las tarifas que cobran sus familiares inmediatos o miembros de su familia por brindarle atención.
- Procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (incluyendo pérdida de peso, crecimiento del cabello, desempeño sexual, desempeño atlético, fines estéticos, antienviejecimiento 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 parte malformada del cuerpo. Sin embargo, pagamos por la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y por el tratamiento del otro seno para que tengan el mismo aspecto.
- Cuidado de rutina de los pies, excepto lo descrito en los Servicios de podiatría en el Cuadro de beneficios de la **Sección D**.
- 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 otras asistencias 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 VA, y el costo de VA sea mayor que el costo compartido bajo nuestro plan, le reembolsaremos al veterano la diferencia. Usted sigue siendo responsable de los montos de los costos compartidos.

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.º 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.



Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos como paciente ambulatorio

Introducción

Este capítulo explica las normas para obtener sus medicamentos como paciente 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* le indica lo que usted 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 los analizará en este capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare.** Por lo general, incluyen medicamentos que le dan mientras está en un hospital o centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.** Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que obtiene 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 **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.
- Además de la cobertura de la Parte D de Medicare y los beneficios médicos del plan, sus medicamentos pueden estar cubiertos por Medicare Original si está en un centro de atención para enfermos terminales de Medicare. Para más información, consulte el **Capítulo 5, Sección D: "Si está en un programa de atención para enfermos terminales certificado por Medicare"**.

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

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

Usted debe tener un proveedor (un médico, odontólogo u otro profesional que haga la receta) que le escriba una receta médica que sea válida de acuerdo con la ley estatal vigente. Muchas veces esta persona es su proveedor de atención primaria (PCP). También puede ser otro proveedor si su PCP lo derivó para recibir atención.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



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

Por lo general, usted debe usar una farmacia de la red para surtir su receta médica (Consulte la **Sección A1** para más información). O puede surtir la receta médica a través del servicio de pedido por correo del plan.

Su medicamento bajo receta debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos* de nuestro 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 si hacemos una excepción.
- Consulte la sección G del **Capítulo 9** 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 determinada bibliografía médica de referencia. El profesional que le receta el medicamento puede ayudarle a identificar bibliografía médica que respalde el uso solicitado del medicamento recetado.

Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan en función de ciertos criterios antes de que lo cubramos. (Consulte la **Sección C** de este capítulo.)

Índice

A. Surtido de recetas médicas	4
A1. Cómo surtir su receta en una farmacia de la red	4
A2. Cómo usar su tarjeta de ID de miembro cuando surte una receta	4
A3. Qué hacer si quiere cambiar de farmacia de la red	4
A4. Qué hacer si su farmacia deja la red	5
A5. Cómo usar una farmacia especializada	5
A6. Cómo usar los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos	5
A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo	9
A8. Cómo usar una farmacia que no está en nuestra red del plan	9
A9. Reintegro de pago de un medicamento bajo receta	10

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



B. <i>Lista de medicamentos</i> de nuestro plan	10
B1. Medicamentos en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	10
B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	11
B3. Medicamentos que no están en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	11
B4. Niveles de costos compartidos de la <i>Lista de medicamentos</i>	12
C. Límites en algunos medicamentos	13
D. Razones por las cuales su medicamento podría no estar cubierto	15
D1. Cómo conseguir un suministro temporal	16
D2. Cómo pedir un suministro temporal	18
D3. Pedir una excepción	18
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos	19
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales	21
F1. En un hospital o un centro especializado de enfermería por una admisión que cubre nuestro plan	22
F2. En un centro de atención a largo plazo	22
F3. En un programa de atención para enfermos terminales certificado por Medicare	22
G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos	23
G1. Programas para ayudarle a usar sus medicamentos de manera segura	23
G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos	23
G3. Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar opioides de manera segura	24

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



A. Surtido de recetas médicas

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

En la mayoría de los casos, pagamos las recetas médicas solo si se surten en alguna farmacia de nuestra 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 información sobre cuándo cubrimos las recetas 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 o comuníquese con Servicios al Miembro o su coordinador de atención.

A2. Cómo usar su tarjeta de 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 factura nuestra parte de los costos del medicamento cubierto. Usted puede tener que pagar a la farmacia un copago cuando pase a buscar su medicamento recetado.

Si no tiene su tarjeta de ID de miembro con usted cuando surte su receta médica, pida 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 nuestra parte. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese de inmediato con Servicios al Miembro.** Haremos todo lo posible para ayudarlo.

- Para solicitarnos un 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 su coordinador de atención.

A3. Qué hacer si quiere cambiar de farmacia de la red

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

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

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



A4. Qué hacer si su farmacia deja la red

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

Para buscar una nueva farmacia de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios al Miembro o 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 hogar de ancianos.
 - Generalmente, los centros médicos de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si reside en un centro médico de atención a largo plazo, nos aseguramos 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 buscar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios al Miembro o su coordinador de atención.

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

Para ciertas clases de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red de nuestro plan. Generalmente, los medicamentos provistos a través de pedidos por correo son medicamentos que usted toma regularmente para una afección crónica o prolongada. Los

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



medicamentos que **no** están disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan se marcan con la sigla "NMO" en nuestra *Lista de medicamentos*.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite ordenar un suministro de al menos 61 días del medicamento y de 100 días como máximo. El suministro de 61-100 días tiene el mismo copago que el suministro de un mes.

Cómo surtir recetas médicas por correo

Para obtener formularios de pedidos e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con Servicios al Miembro al número que aparece al final de la página o visite el sitio web del plan. Si usa una farmacia de pedidos por correo que no está en la red del plan, su receta no se cubrirá.

Generalmente, una receta pedida por correo llega en 10 días hábiles. Si se demora, póngase en contacto con Walgreens Mail Service llamando al 1-800-345-1985 (TTY 711), las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Si usted necesita sus medicamentos de forma urgente y no puede esperar 10 días hábiles para recibir el pedido, comuníquese con Walgreens Mail Service al 1-800-345-1985 (TTY 711), las 24 horas del día para evitar una interrupción de la medicación.

- Cuando llame al Centro de Atención al Cliente de Walgreens con un pedido urgente, presione "0" dos veces en su teléfono. Prepárese para responder algunas preguntas de identificación. Luego, lo comunicarán con un representante.
- Dígame al representante de Walgreens que tiene menos de 10 días de suministro de medicación y necesita un pedido urgente (entrega rápida). El representante del Centro de Atención al Cliente hablará de las opciones disponibles con usted.
- Haga saber al representante esta información:
 - Su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, nombres de los medicamentos, las dosis, cuántos días de medicación le quedan, el nombre de la persona que los recetó y su plan.
- El Centro de Atención al Cliente de Walgreens le ofrecerá las opciones de envío disponibles para ayudar a acelerar el pedido del medicamento. El representante del Centro de Atención al Cliente confirmará la siguiente información con usted: 1) la opción que eligió para obtener un pedido rápido, 2) su dirección postal, 3) el momento estimado de entrega, y 4) un número de orden a modo de referencia y confirmación.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



- Un pedido rápido puede incluir el envío al día siguiente hasta el envío en tres días. El método de envío depende de cuánta medicación le quede y de cuándo contacta al Centro de Atención al Cliente de Walgreens. Para entrega al día siguiente, usted necesitará comunicarse con el Centro de Atención al Cliente de Walgreens hasta las 2 p.m., hora estándar del Este, de lunes a viernes.
- Es posible que el Centro de Atención al Cliente de Walgreens necesite comunicarse con el proveedor que recetó la medicación o con su plan, si su receta médica se ha vencido, si se necesita autorización, o por otros motivos. Esta información puede ser necesaria antes de que le envíen el pedido.
- También es posible que el Centro de Atención al Cliente de Walgreens pueda arreglar que usted reciba un suministro de medicamentos para corto plazo mientras espera su envío por correo. Pregunte al representante del Centro de Atención al Cliente de Walgreens sobre cómo conseguir un suministro para corto plazo.
- Si usted no recibe su medicación por correo para cuando Walgreens Mail Service dijo que llegaría, llame el Centro de Atención al Cliente de Walgreens al 1-800-345-1985. Presione "0" dos veces en el teléfono. Prepárese para responder algunas preguntas de identificación. Luego, lo comunicarán con un representante.
- Tenga en cuenta que no toda la medicación puede enviarse por correo.

Proceso 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 automáticamente las nuevas recetas que recibe de los proveedores de atención médica, sin consultarle primero, si:

- Usted utilizó los servicios de pedidos por correo con nuestro plan en el pasado, o
- Usted se inscribe en la entrega automática de todas las nuevas recetas que recibe directamente de los proveedores de atención médica. Usted puede

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



solicitar la entrega automática de todas las nuevas recetas ahora o en cualquier momento comunicándose con la farmacia de pedidos por correo antes de surtir su primera receta.

Si recibe automáticamente por correo una receta que no quiere y no se pusieron en contacto con usted para preguntarle si la quería antes de enviarla, es posible que tenga derecho a un reembolso.

Si utilizó el servicio de pedidos por correo en el pasado y no quiere que la farmacia surta y envíe automáticamente cada nueva receta, comuníquese con nosotros por teléfono al número que aparece al final de la página. Servicios al Miembro puede ayudarle con esta solicitud. O puede comunicarse con la farmacia de pedidos por correo para informarles que no desea que su receta se surta y envíe automáticamente.

Si nunca utilizó nuestro servicio de pedidos por correo y/o decide dejar de surtir automáticamente las nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para saber si quiere que se surta y envíe el medicamento de inmediato.

- Esto le da la oportunidad de garantizar que la farmacia está entregando el medicamento correcto (incluyendo la concentración, cantidad y presentación) y, si es necesario, le permite 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 optar por no recibir automáticamente las nuevas recetas que obtiene directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, llámenos al número que aparece al final de la página. Servicios al Miembro puede ayudarle con esta solicitud o comuníquese con la farmacia de pedidos por correo para informarles que no desea que sus recetas médicas se surtan y envíen automáticamente.

3. Renovaciones de recetas pedidas por correo

Para las renovaciones, comuníquese con su farmacia 14 días antes de cuando crea que sus medicamentos se habrán acabado para asegurarse de que le envíen el próximo pedido a tiempo.

Indique a la farmacia la mejor forma de ponerse en contacto con usted para que puedan confirmar su pedido antes de enviarlo. Para que pueda recibir el pedido por correo, la farmacia necesita tener un número de teléfono válido en sus registros. Puede confirmar que su

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



información está actualizada llamando por teléfono a la farmacia que presta el servicio de envío por correo, en su sitio web o con la boleta de renovación que le dan con cada orden de renovación.

A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Puede conseguir un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento que figuran en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son los que usted toma de manera regular, para una enfermedad crónica o prolongada. Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, el copago puede ser menor.

Algunas farmacias de la red permiten conseguir suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 61-100 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes. El *Directorio de proveedores y farmacias* le dice 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, podrá 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 conocer sobre los servicios de pedidos por correo.

A8. Cómo usar una farmacia que no está en nuestra red del plan

Generalmente, pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solo cuando no pueda usar una farmacia de la red. Tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, donde le pueden surtir las 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 regular y puntual dentro de nuestras áreas de servicio porque no hay farmacias de la red a una distancia razonable que presten servicio las 24 horas del día.
- Si está intentando surtir un medicamento con receta del cual, por lo general, no hay existencias en una red minorista accesible ni en farmacias que presten el servicio de pedidos por correo (incluidos los medicamentos de alto costo y los únicos).
- Si se trata de uno de los medicamentos cubiertos que pueden administrarse en el consultorio del médico.
- Cuando el gobierno declara una catástrofe o estado de emergencia federal, permitimos el acceso a centros fuera de la red para evitar la interrupción del servicio.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



A9. Reintegro de pago de un medicamento bajo receta

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general, tiene que pagar el costo total en vez de un copago cuando reciba sus medicamentos con receta. Puede solicitarnos que le reintegremos nuestra parte 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 de 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 de la *Lista de medicamentos* de nuestro plan cuando usted sigue 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 medicamentos y productos bajo receta y de venta libre (OTC) cubiertos por Healthy Connections 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 medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En nuestra *Lista de medicamentos*, cuando nos referimos a "medicamentos", podría referirse a 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 los productos biológicos de marca u originales y, en general, cuestan menos. Existen sustitutos genéricos 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.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



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 medicamentos y productos OTC. Algunos medicamentos OTC cuestan menos que medicamentos y tienen la misma eficacia. Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

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

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

- Visite nuestro sitio web del plan en www.firstchoicevipcare.com. La *Lista de medicamentos* en el sitio web es siempre la más actual.
- Llame a su coordinador de atención o a Servicios al Miembro para averiguar si un medicamento está en nuestra *Lista de medicamentos* o para pedir una copia de la lista.
- Utilice 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 pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían 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 nos permite cubrirlos.
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en la *Lista de medicamentos*.
- En algunos casos, usted podrá obtener un medicamento que no está 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 dan una receta médica para un medicamento excluido, es posible que deba pagarlo usted mismo. Si considera que, en su caso, deberíamos pagar un medicamento excluido, puede hacer una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre apelaciones.

Hay tres normas generales para los medicamentos excluidos:

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye los medicamentos de la Parte D de Medicare y Healthy Connections Medicaid) no puede pagar un medicamento que ya cubre la Parte A o la Parte B de Medicare. Nuestro plan cubre los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare sin cargo, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la FDA o respaldado por ciertas publicaciones médicas como tratamiento para su afección. Su médico u otro proveedor pueden recetarle un medicamento determinado para tratar su afección, aunque no haya sido aprobado para tratar esa afección. Esto se llama "uso no indicado en la etiqueta". Por lo general, nuestro plan no cubre los medicamentos recetados para uso no indicado en la etiqueta.

Además, por ley, Medicare o Healthy Connections Medicaid no pueden cubrir los tipos de medicamentos que se enumeran 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 pacientes ambulatorios fabricados por una compañía que exige que las pruebas o los servicios los realice únicamente ella

B4. Niveles de costos compartidos de la *Lista de medicamentos*

Cada medicamento de nuestra *Lista de medicamentos* se encuentra en uno de 6 niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamento de marca, genérico o de venta libre). En general, cuanto más alto sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo del medicamento para usted.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



Puede pagar tan solo entre \$0 y \$12.65 en función de su nivel de ingresos de "Ayuda Extra". Consulte la Tabla de resumen de primas LIS de la Parte D 2026 para obtener información detallada sobre los importes que puede deber en función de su nivel de Subsidio por bajos ingresos (LIS).

- Los medicamentos de Nivel 1 son medicamentos genéricos preferidos. El copago es de entre \$0 y \$12.65 en función de sus ingresos.
- Los medicamentos del Nivel 2 son medicamentos genéricos. El copago es de entre \$0 y \$12.65 en función de sus ingresos.
- Los medicamentos del Nivel 3 son medicamentos de marca preferidos. El copago es de entre \$0 y \$12.65 en función de sus ingresos.
- Los medicamentos del Nivel 4 son medicamentos no preferidos. El copago es de entre \$0 y \$12.65 en función de sus ingresos.
- Los medicamentos del Nivel 5 son medicamentos de especialidad. El copago es de entre \$0 y \$12.65 en función de sus ingresos.
- Los medicamentos del Nivel 6 son medicamentos Select Care (Atención selecta). Usted paga un copago de \$0 por medicamentos genéricos selectos y vacunas. Esto incluye medicamentos para controlar la presión arterial, el colesterol y la diabetes.

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

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

C. Límites en algunos medicamentos

Hay normas especiales que limitan la manera y el tiempo en que nuestro plan cubre ciertos medicamentos. En general, nuestras normas le recomiendan que reciba un medicamento que funcione para su afección, que sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y económico tiene la misma eficacia que un medicamento de un nivel más alto, esperamos que su proveedor recete 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, cantidad o forma del medicamento indicado por su proveedor, y es posible que

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



se apliquen distintas restricciones a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; una vez al día frente a dos veces al día; tableta contra líquido).

Si hay alguna norma especial para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deben dar algunos pasos adicionales para que cubramos el 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, solicítenos que utilicemos el proceso de decisión de cobertura para hacer una excepción. Podríamos aceptar o rechazar que use el medicamento sin los pasos adicionales.

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

1. Límites al uso de medicamentos de marca o productos biológicos originales cuando hay disponibles, respectivamente, versiones genéricas o biosimilares intercambiables

Por lo general, un medicamento genérico o un biosimilar intercambiable funciona igual que un medicamento de marca o un producto biológico original y suele costar menos. Si hay disponible una versión genérica o un biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o un producto biológico original, nuestras farmacias de la red le proporcionan, respectivamente, la versión genérica o el biosimilar intercambiable.

- Por lo general, no pagamos el medicamento de marca o el producto biológico original cuando hay disponible una versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor nos indicó la razón médica por la cual el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable no funcionarían para usted, o escribió "Sin sustituciones" en su receta para un medicamento de marca o un producto biológico original, o nos indicó la razón médica por la cual el medicamento genérico, el biosimilar intercambiable u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección no funcionarían para usted, entonces cubrimos el medicamento de marca.
- Su copago puede ser más alto 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 o el profesional que receta el medicamento deben obtener primero la aprobación de nuestro plan antes de surtir la receta. Esto

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



se llama autorización previa. Se establece para garantizar la seguridad del medicamento y ayudar a orientar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Es posible que no cubramos el medicamento si usted no obtiene la aprobación. Llame a Servicios al Miembro al número que aparece al final de la página o visite nuestro sitio web www.firstchoicevipcare.com/member-2026/pharmacy-benefits para obtener más información sobre la autorización previa.

3. Probar un medicamento diferente primero

En general, queremos que pruebe medicamentos más económicos que sean igual de eficaces antes de cubrir medicamentos que cuestan más. 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 le funciona, entonces cubrimos el medicamento B. Esto se llama terapia escalonada. Llame a Servicios al Miembro al número que aparece al final de la página o visite nuestro sitio web www.firstchoicevipcare.com/member-2026/pharmacy-benefits para obtener más información sobre los criterios de la terapia escalonada.

4. Límites de cantidades

Limitamos la cantidad que podrá obtener de algunos medicamentos. Esto se llama límite de cantidades. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una tableta al día de un determinado medicamento, es posible que limitemos la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surta 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 revise nuestro sitio web en www.firstchoicevipcare.com. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura basada en cualquiera de las razones anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

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

Trataremos de que la cobertura de sus medicamentos funcione bien para usted. Sin embargo, es posible que a veces un medicamento no tenga la cobertura que usted quisiera. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que usted 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

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



que usted desea tomar. Es posible que un medicamento sea nuevo y aún no hayamos evaluado su seguridad y eficacia.

- Nuestro plan cubre el medicamento, pero existen normas o límites especiales en la cobertura. Como se explica en la sección anterior, algunos 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 en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más caro de lo que usted cree que debería ser.

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

D1. Cómo conseguir un suministro temporal

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

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

1. El medicamento que ha estado tomando:

- ya no está incluido en nuestra *Lista de medicamentos*, o
- nunca estuvo incluido en nuestra *Lista de medicamentos*, o
- ahora tiene algún tipo de límite.

2. Usted debe estar en una de estas situaciones:

- 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. Deberá surtir su receta en una farmacia de la red.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



- Las farmacias de atención a largo plazo pueden brindar su medicamento 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 membresía 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. Deberá surtir su receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden brindar su medicamento en pequeñas cantidades cada vez para evitar desperdicios.
- Ha estado en nuestro plan por más de 90 días, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de forma inmediata.
 - Cubrimos un suministro de 31 días, 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 (entorno) 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 centro 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 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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



Si un miembro tiene más de un cambio de nivel de atención médica en un mes, la farmacia deberá llamar a nuestro plan para pedir 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 su suministro se termina. Estas son sus opciones:

- Cambiar a otro medicamento.

Nuestro plan puede cubrir un medicamento diferente que funciona para usted. Llamar a Servicios al Miembro para pedir una lista de los medicamentos que cubrimos que traten la misma afección. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría servirle.

O

- Pedir una excepción

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

D3. Pedir una excepción

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

- Le informaremos de cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año próximo. Pídanos que hagamos una excepción y que cubramos el medicamento para el año próximo de la forma que usted quiera.
- Responderemos a su solicitud de una excepción en un plazo de 72 horas después de recibirla (o la declaración de apoyo del profesional que receta el medicamento).
- Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



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

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicios al Miembro o con su coordinador de atención.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

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

- Decidir si es necesaria o no la aprobación previa (PA) para un medicamento (permiso de nuestra parte antes de que usted pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad que puede obtener de un medicamento (límites de cantidades).
- Agregar o cambiar las restricciones de terapia escalonada para un medicamento (usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).
- Reemplazar un producto biológico original con 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:

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



- Verificar nuestra Lista de medicamentos actual en línea en www.firstchoicevipcare.com o
- Llamar a Servicios al Miembro al número que aparece al final de la página para verificar nuestra Lista de medicamentos actual.

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

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

- Empieza a estar disponible un nuevo medicamento genérico. A veces, sale al mercado un medicamento genérico o biosimilar nuevo que funciona tan bien como el medicamento de marca o biosimilar que está en la Lista de medicamentos en ese momento. 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 el listado, 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 puede 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 al respecto.

Eliminación 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, retiraremos el medicamento de forma inmediata de nuestra *Lista de medicamentos*. Si está tomando el medicamento le enviaremos un aviso luego 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.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



Cuando estos cambios ocurren:

- Le informamos al menos 30 días antes de que hagamos el cambio en nuestra *Lista de medicamentos*, o
- Le informamos y le damos un suministro del medicamento para 30 días después de que solicite una renovación de la receta.

Esto le da tiempo para hablar con su médico u otro profesional que recete el medicamento. Pueden ayudarlo 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 continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento 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

Podemos realizar cambios a los medicamentos que toma que no se describen anteriormente y no le afectan ahora. Con respecto a estos cambios, si está tomando un medicamento que cubrimos a **principio** del año, por lo general no quitaremos o cambiaremos 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, entonces el cambio no afecta su uso del medicamento ni 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 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 en los medicamentos que podrá afectarlo durante el próximo año del plan.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



F1. En un hospital o un centro especializado de enfermería por una admisión que cubre nuestro plan

Si es admitido en un hospital o centro especializado de enfermería y nuestro plan cubre la admisión, por lo general cubriremos el costo de sus medicamentos durante su admisión. Usted no pagará un copago. Una vez que deje el hospital o centro especializado de enfermería, cubriremos los medicamentos siempre que los medicamentos cumplan con todas las normas de cobertura. Para 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 de atención a largo plazo

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

Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* para saber si la farmacia de su centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no es el caso o 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 programa para enfermos terminales de Medicare y necesite ciertos medicamentos (por ejemplo, analgésicos, antieméticos, laxantes o ansiolíticos) que su centro no cubre porque no están relacionados con su pronóstico y afecciones terminales. En ese caso, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que receta el medicamento o de su proveedor de atención para enfermos terminales indicando que el medicamento no está relacionado antes de que podamos cubrirlo.
- Para evitar demoras para recibir cualquier medicamento no relacionado que deba estar cubierto por nuestro plan, antes de pedir a la farmacia que surta el medicamento bajo receta, puede pedirle a su proveedor del centro para enfermos terminales o al profesional que le recetó el medicamento que se asegure de avisarnos que el medicamento no tiene relación con su enfermedad.

Si deja el centro de atención para enfermos terminales, nuestro plan cubrirá todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando terminen sus beneficios de

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



atención para enfermos terminales de Medicare, lleve a la farmacia documentación que pruebe que dejó el centro de atención para enfermos terminales.

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

G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

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

Cada vez que surta una receta, verificaremos que no haya problemas como equivocación en los medicamentos, o medicamentos que:

- pueden ser innecesarios porque está tomando otro similar con el mismo efecto
- quizás no son seguros o apropiados debido a su edad o sexo
- podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo
- tienen ingredientes a los que es alérgico o puede serlo
- pueden tener un error en la cantidad (dosificación)
- 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 de salud complejas. En ese caso, podría ser elegible para recibir servicios, sin costo para usted, a través de un programa de administración de terapia de 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 cumple con los requisitos para el programa, un farmacéutico u otro profesional médico le realizarán 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

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



- 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 por escrito de esta conversación. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos, que recomienda lo que puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos.
- Una lista personal sobre su medicación que incluye todos los medicamentos que está tomando, cómo, cuándo y por qué los toma.
- Información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

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

- Lleve su plan de acción y 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 MTM son voluntarios y gratuitos para los miembros elegibles. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos en el programa y le enviaremos información. Si no quiere participar en el programa, infórmenos y lo sacaremos.

Si tiene alguna pregunta 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 opioides de manera segura

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura los opioides bajo receta 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 de opioides, podemos hablar con el médico que le recetó el medicamento para asegurarnos de que su uso de los opioides sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con el proveedor que le receta la medicación, si decidimos que su uso de

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



opioides o benzodiazepinas posiblemente no sea seguro, es posible que limitemos la manera en que puede obtenerlos. Si lo ubicamos en el DMP, estas pueden ser algunas limitaciones:

- Requerir que obtenga todas las recetas de opioides o benzodiazepinas de determinada(s) farmacia(s)
- Requerir que obtenga todas sus recetas de opioides o benzodiazepinas de determinado(s) proveedor(es) que receta(n) el medicamento
- Limitar la cantidad de opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted

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

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

Si considera que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o la limitación, usted y el profesional que receta la medicación podrán apelar. Si apela, revisaremos su caso y le informaremos la nueva decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones que corresponden a su acceso a estos medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a una Organización de Revisión Independiente (IRO) (Para obtener más información de las apelaciones y la IRO, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.)

Es posible que el DMP no aplique a su caso en los siguientes escenarios:

- tiene ciertas afecciones, como cáncer o anemia de células falciformes,
- 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.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.firstchoicevipcare.com.



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 para pacientes ambulatorios. Al decir “medicamentos”, nos referimos a:

- Medicamentos de la Parte D de Medicare, **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos por Healthy 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 Extra 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 Extra 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. La Ayuda Extra 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 *Lista de medicamentos*. Le informa:
 - Cuáles medicamentos pagamos
 - En cuál de los 6 niveles se encuentra cada medicamento

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



- Si existen límites para los medicamentos
- Si necesita una copia de nuestra *Lista de medicamentos*, llame a Servicios al Miembro. También puede encontrar la copia más actual de la *Lista de medicamentos* en nuestro sitio web en **www.firstchoicevipcare.com**.
- **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro*.
 - Le dice cómo obtener sus medicamentos como paciente ambulatorio a través de nuestro plan.
 - Incluye las normas que debe seguir. También indica qué tipos de medicamentos no cubre nuestro plan.
 - Cuando utiliza la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan para consultar la cobertura de medicamentos (consulte el **Capítulo 5, Sección B2**), el costo que se muestra es una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. Puede llamar a su coordinador de atención o a Servicios al Miembro para obtener 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** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las farmacias de la red.

Índice

A. La <i>Explicación de beneficios</i> (EOB).....	4
B. Cómo realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos	5
C. Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare	6
C1. Nuestro plan tiene 6 niveles de costos compartidos.....	7
C2. Sus opciones de farmacia.....	8
C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	8

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



C4. Lo que usted paga	8
D. Etapa 1: La Etapa de cobertura inicial	11
D1. Sus opciones de farmacia	12
D2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	12
D3. Lo que usted paga	12
D4. Fin de la etapa de cobertura inicial	15
E. Etapa 2: La Etapa de cobertura catastrófica	15
F. Los costos de sus medicamentos si su médico le receta menos de un suministro para un mes completo	16
G. Lo que paga por las vacunas de la Parte D	16
G1. Lo que necesita saber antes de vacunarse	17



A. La *Explicación de beneficios* (EOB)

Nuestro plan realiza el seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que efectúa cuando obtiene sus recetas en la farmacia. Realizamos un seguimiento de dos tipos de costos:

- Sus **costos de bolsillo**. Esta es la cantidad de dinero que usted, u otras personas en su nombre, pagan por sus recetas. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, los pagos de sus medicamentos que efectuaron familiares o amigos, los pagos efectuados por sus medicamentos mediante Ayuda Extra 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 paga 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 brinda más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos en precios y otros medicamentos que pueden estar disponibles con costos compartidos más bajos. Puede consultar a su proveedor sobre estas opciones de costos más bajos. La EOB incluye:

- **Información del 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 del año desde el 1.º 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 de cada solicitud de receta de la misma cantidad.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando corresponde, información sobre otros medicamentos con menor costo compartido para cada receta.

Ofrecemos cobertura de medicamentos no cubiertos por Medicare.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



- Los pagos efectuados por estos medicamentos no cuentan para el total de sus gastos de bolsillo.
- También pagamos algunos medicamentos de venta libre. Usted no tiene que pagar nada por estos medicamentos.
- Para averiguar cuáles medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra *Lista de medicamentos*. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados 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 cada vez que 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 solicitarnos el reembolso de nuestra parte correspondiente del costo del medicamento.

Estos son ejemplos de algunas 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 mediante 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 total de un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



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

3. Envíenos información sobre los pagos que otros hayan hecho 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 calificar para la cobertura catastrófica. Cuando llega a la Etapa de cobertura catastrófica, nuestro plan paga 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?** Revise las fechas. ¿Recibió medicamentos ese día?
- **¿Recibió los medicamentos de la lista?** ¿Coinciden con los que figuran en sus recibos? ¿Los medicamentos coinciden con lo que le recetó su médico?

¿Qué pasa si encuentra errores en este resumen?

Si algo le resulta confuso o no le parece correcto en esta EOB, llámenos a Servicios al Miembro de First Choice VIP Care. También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestro sitio web: www.firstchoicevipcare.com.

¿Qué pasa con los posibles fraudes?

Si este resumen muestra medicamentos que no está tomando o cualquier otra cosa que le parezca sospechosa, 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 medicamentos de la Parte D de Medicare

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare en nuestro plan. El monto que usted paga por cada receta depende de la etapa en la que se encuentre cuando surta una receta o renueve una receta. Estas son las dos etapas:

Etapa 1: Etapa de cobertura inicial	Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica
Durante esta etapa, nosotros pagamos parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. Su parte se llama copago. Usted comienza en 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 2026. Usted comienza esta etapa cuando ha pagado una cierta cantidad de gastos de bolsillo.

C1. Nuestro plan tiene 6 niveles de costos compartidos

Los niveles de costos compartidos son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de nuestra *Lista de medicamentos* está en uno de los 6 niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el número del nivel, mayor será el copago. Para conocer los niveles de los costos compartidos de sus medicamentos, consulte nuestra *Lista de medicamentos*.

Puede pagar tan solo entre \$0 y \$12.65 en función de su nivel de ingresos de "Ayuda Extra". Consulte la Tabla de resumen de primas LIS de la Parte D 2026 para obtener información detallada sobre los importes que puede deber en función de su nivel de Subsidio por bajos ingresos (LIS).

Los medicamentos de Nivel 1 son medicamentos genéricos preferidos. El copago es de entre \$0 y \$12.65 en función de sus ingresos.

Los medicamentos del Nivel 2 son medicamentos genéricos. El copago es de entre \$0 y \$12.65 en función de sus ingresos.

Los medicamentos del Nivel 3 son medicamentos de marca preferidos. El copago es de entre \$0 y \$12.65 en función de sus ingresos.

Los medicamentos del Nivel 4 son medicamentos no preferidos. El copago es de entre \$0 y \$12.65 en función de sus ingresos.

Los medicamentos del Nivel 5 son medicamentos de especialidad. El copago es de entre \$0 y \$12.65 en función de sus ingresos.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



- Los medicamentos del Nivel 6 son medicamentos Select Care (Atención selecta). Usted paga un copago de \$0 por medicamentos genéricos selectos y vacunas. Esto incluye medicamentos para controlar la presión arterial, el colesterol y la diabetes.

C2. Sus opciones de farmacia

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

- en una farmacia de la red, o
- en 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.
- Nuestra farmacia de envío por correo del plan.

Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* para saber cómo presentar una apelación si le informan que un medicamento no está cubierto. Para informarse más sobre estas opciones de farmacia, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

C3. Cómo 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 100 días. Cuesta lo mismo que un suministro para un mes.

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

C4. Lo que usted paga

Es posible que tenga que pagar un copago al surtir una receta médica. Si el costo del medicamento cubierto es menor que el copago, usted pagará el precio más bajo.

Comuníquese con Servicios al Miembro para averiguar cuál es el copago de cualquier medicamento cubierto.

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

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



	Una farmacia de la red Un suministro para un mes o hasta 30 días	El servicio de pedido por correo de nuestro plan Un suministro para un mes o hasta 61-100 días	Una farmacia de atención a largo plazo de la red Un suministro de hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red Un suministro de hasta 30 días. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual del Miembro</i> para obtener más información.
Costos compartidos	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65*	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65*	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65*	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65*
Nivel 1	Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90*	Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90*	Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90*	Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90*
Genéricos preferidos de la Parte D	Nivel 3 del LIS: \$0	Nivel 3 del LIS: \$0	Nivel 3 del LIS: \$0	Nivel 3 del LIS: \$0
Costos compartidos	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65*	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65*	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65*	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65*
Nivel 2	Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90*	Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90*	Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90*	Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90*
Genéricos de la Parte D	Nivel 3 del LIS: \$0	Nivel 3 del LIS: \$0	Nivel 3 del LIS: \$0	Nivel 3 del LIS: \$0
Costos compartidos	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65*	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65*	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65*	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65*
Nivel 3	Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90*	Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90*	Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90*	Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90*
Marca preferida de la Parte D	Nivel 3 del LIS: \$0	Nivel 3 del LIS: \$0	Nivel 3 del LIS: \$0	Nivel 3 del LIS: \$0

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



	Una farmacia de la red Un suministro para un mes o hasta 30 días	El servicio de pedido por correo de nuestro plan Un suministro para un mes o hasta 61-100 días	Una farmacia de atención a largo plazo de la red Un suministro de hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red Un suministro de hasta 30 días. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual del Miembro</i> para obtener más información.
Costos compartidos Nivel 4 No preferidos de la Parte D	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65* Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90* Nivel 3 del LIS: \$0	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65* Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90* Nivel 3 del LIS: \$0	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65* Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90* Nivel 3 del LIS: \$0	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65* Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90* Nivel 3 del LIS: \$0
Costos compartidos Nivel 5 Especialidad de la Parte D	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65* Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90* Nivel 3 del LIS: \$0	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65* Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90* Nivel 3 del LIS: \$0	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65* Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90* Nivel 3 del LIS: \$0	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65* Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90* Nivel 3 del LIS: \$0
Costos compartidos Nivel 6 Select Care (Atención selecta) de la Parte D	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



***El nivel de costos compartidos se basa en el nivel de Ayuda Extra que recibe y en la situación de aprobación del medicamento por parte de la FDA.**

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

D. Etapa 1: La Etapa de cobertura inicial

Durante la Etapa de cobertura inicial, pagamos una parte del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su parte. Su parte se llama copago. El copago depende del nivel de costos compartidos en los que se encuentra el medicamento y dónde lo surte.

Los niveles de costos compartidos son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de la *Lista de medicamentos* de nuestro plan está en uno de los 6 niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el número del nivel, mayor será el copago. Para conocer los niveles de los costos compartidos de sus medicamentos, consulte nuestra *Lista de medicamentos*.

Puede pagar entre \$0 y \$12.65 en función de su nivel de ingresos de "Ayuda Extra". Consulte la Tabla de resumen de primas LIS de la Parte D 2026 para obtener información detallada sobre los importes que puede deber en función de su nivel de Subsidio por bajos ingresos (LIS).

Los medicamentos de Nivel 1 son medicamentos genéricos preferidos. El copago es de entre \$0 y \$12.65 en función de sus ingresos.

Los medicamentos del Nivel 2 son medicamentos genéricos. El copago es de entre \$0 y \$12.65 en función de sus ingresos.

Los medicamentos del Nivel 3 son medicamentos de marca preferidos. El copago es de entre \$0 y \$12.65 en función de sus ingresos.

Los medicamentos del Nivel 4 son medicamentos no preferidos. El copago es de entre \$0 y \$12.65 en función de sus ingresos.

Los medicamentos del Nivel 5 son medicamentos de especialidad. El copago es de entre \$0 y \$12.65 en función de sus ingresos.

- Los medicamentos del Nivel 6 son medicamentos Select Care (Atención selecta). Usted paga un copago de \$0 por medicamentos genéricos selectos y vacunas. Esto incluye medicamentos para controlar la presión arterial, el colesterol y la diabetes.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



D1. Sus opciones de farmacia

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

- 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.
- Nuestra farmacia de envío por correo del plan.

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

D2. Cómo 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 100 días. Cuesta lo mismo que un suministro para un mes.

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

D3. Lo que usted paga

Durante la Etapa de cobertura inicial, es posible que tenga que pagar un copago cada vez que surta una receta. Si el costo del medicamento cubierto es menor que el copago, usted pagará el precio más bajo.

Comuníquese con Servicios al Miembro para averiguar cuál es el copago de cualquier medicamento cubierto.

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

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



	Una farmacia de la red Un suministro para un mes o hasta 30 días	El servicio de pedido por correo de nuestro plan Un suministro para un mes o hasta 61-100 días	Una farmacia de atención a largo plazo de la red Un suministro de hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red Un suministro de hasta 30 días. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual del Miembro</i> para obtener más información.
Costos compartidos Nivel 1 Genéricos preferidos de la Parte D	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65* Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90* Nivel 3 del LIS: \$0	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65* Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90* Nivel 3 del LIS: \$0	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65* Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90* Nivel 3 del LIS: \$0	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65* Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90* Nivel 3 del LIS: \$0
Costos compartidos Nivel 2 Genéricos de la Parte D	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65* Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90* Nivel 3 del LIS: \$0	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65* Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90* Nivel 3 del LIS: \$0	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65* Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90* Nivel 3 del LIS: \$0	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65* Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90* Nivel 3 del LIS: \$0
Costos compartidos Nivel 3 Marca preferida de la Parte D	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65* Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90* Nivel 3 del LIS: \$0	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65* Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90* Nivel 3 del LIS: \$0	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65* Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90* Nivel 3 del LIS: \$0	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65* Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90* Nivel 3 del LIS: \$0

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



	Una farmacia de la red Un suministro para un mes o hasta 30 días	El servicio de pedido por correo de nuestro plan Un suministro para un mes o hasta 61-100 días	Una farmacia de atención a largo plazo de la red Un suministro de hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red Un suministro de hasta 30 días. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual del Miembro</i> para obtener más información.
Costos compartidos Nivel 4 No preferidos de la Parte D	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65* Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90* Nivel 3 del LIS: \$0	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65* Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90* Nivel 3 del LIS: \$0	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65* Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90* Nivel 3 del LIS: \$0	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65* Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90* Nivel 3 del LIS: \$0
Costos compartidos Nivel 5 Especialidad de la Parte D	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65* Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90* Nivel 3 del LIS: \$0	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65* Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90* Nivel 3 del LIS: \$0	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65* Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90* Nivel 3 del LIS: \$0	Nivel 1 del LIS: \$5.10/12.65* Nivel 2 del LIS: \$1.60/4.90* Nivel 3 del LIS: \$0

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



	Una farmacia de la red	El servicio de pedido por correo de nuestro plan	Una farmacia de atención a largo plazo de la red	Una farmacia fuera de la red
	Un suministro para un mes o hasta 30 días	Un suministro para un mes o hasta 61-100 días	Un suministro de hasta 31 días	Un suministro de hasta 30 días. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual del Miembro</i> para obtener más información.
Costos compartidos Nivel 6 Select Care (Atención selecta) de la Parte D	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

***El nivel de costos compartidos se basa en el nivel de Ayuda Extra que recibe y en la situación de aprobación del medicamento por parte de la FDA.**

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

D4. Fin de la etapa de cobertura inicial

La etapa de cobertura inicial finaliza cuando sus gastos de bolsillo totales alcanzan los \$2,100. En ese momento, comienza la etapa de cobertura catastrófica. Cubrimos todos los costos de sus medicamentos desde ese momento hasta el final del año.

Su EOB le ayuda a llevar la cuenta de cuánto ha pagado por sus medicamentos durante el año. Le avisaremos si alcanza el límite de \$2,100. Muchas personas no lo alcanzan en un año.

E. Etapa 2: La Etapa de cobertura catastrófica

Cuando alcanza el límite de gastos de bolsillo de \$2,100 por sus medicamentos, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Usted permanecerá en la Etapa de cobertura catastrófica hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



F. Los costos de sus medicamentos si su médico le receta menos de un suministro para un mes completo

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

- Puede haber ocasiones en que quiera pedirle a su médico que le recete una cantidad de medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba un medicamento por primera vez).
- Si su médico está de acuerdo, usted no paga el suministro completo de ciertos medicamentos para todo el mes.

Cuando obtiene menos del suministro de un mes de un medicamento, el monto que paga se basa en la cantidad de días de medicamento que recibe. Calculamos el monto que paga por día para su medicamento (la "proporción diaria de costos compartidos") y la multiplicaremos 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 menor a \$0.05 por día. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago es menor a \$0.05 por día multiplicado por 7 días, lo que da un pago total inferior a \$0.35.
- Los costos compartidos diarios le permiten asegurar que un medicamento funciona para usted antes de pagar el suministro de un mes.
- También puede pedirle a su proveedor que le recete menos de un suministro para todo el mes de un medicamento para ayudarle a:
 - Planificar mejor cuándo renovar sus medicamentos,
 - Coordinar las renovaciones con otros medicamentos que toma, y
 - Hacer menos viajes 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 en nuestra *Lista de*

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



medicamentos. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D de Medicare para adultos sin costo para usted. Consulte la *Lista de medicamentos* de su plan o comuníquese con Servicios al Miembro para obtener información sobre la cobertura y el costo compartido 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 darle 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 vacunarse.

- Podemos informarle sobre la cobertura de la vacuna en nuestro plan.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



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	2
B. Cómo enviar una solicitud de pago.....	5
C. Decisiones de cobertura.....	6
D. Apelaciones.....	7

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos

Nuestros proveedores de la red deben facturar al plan los servicios y medicamentos cubiertos después de que usted los reciba. 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 facturen por estos servicios o medicamentos. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier cobro.

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 medicamentos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya pagó más de su parte del costo, tiene derecho a que le devolvamos la diferencia.
 - 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. El número de teléfono de Servicios al Miembro se encuentra al final de la página.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo informaremos.

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

Algunos ejemplos de situaciones en las que puede necesitar solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió incluyen:

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

Pídale al proveedor que nos envíe la factura.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



- Si usted paga el monto total cuando recibe la atención, pídanos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando 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 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 que muestre su tarjeta de ID de miembro cuando reciba cualquier servicio o receta. Pero a veces cometen errores y le piden que pague por sus servicios o más de su parte de los costos. **Llame a Servicios al Miembro** o a su coordinador de atención al número que aparece al final de esta página **si recibe alguna factura**.

- Como 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 usted está inscrito retroactivamente en nuestro plan

A veces, su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. Incluso puede haber sido el año pasado.)

- Si usted está inscrito retroactivamente y pagó una factura luego de su fecha de inscripción, puede pedirnos 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

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

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



- En solo unos pocos casos, cubriremos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite un reembolso de nuestra parte del costo.
- Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.
- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que 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 la receta de la Parte D de Medicare porque no tiene su tarjeta de ID de miembro con usted

Si no tiene su tarjeta de ID de miembro, puede pedirle a la farmacia que nos llame o que busque la información de inscripción en su plan.

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

6. Cuando usted paga el costo total de la receta de la Parte D de Medicare por un medicamento que no está cubierto

Es posible que tenga que pagar el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

- Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)* en nuestro sitio web, o que tenga un requisito o restricción que usted no conoce o cree que no se aplica en su caso. Si decide obtener el medicamento, es posible que tenga que 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 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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



- Si usted y su médico u otro profesional que receta creen que necesita el medicamento de inmediato, 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 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 al precio acordado para la receta médica.

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

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 enviar una solicitud de pago

Envíenos su factura y el comprobante 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. **Es recomendable hacer una copia de la factura y los recibos como constancia.** Puede pedir ayuda a su coordinador de atención. Debe enviar su información dentro de los 365 días de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de 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 solicitarlo.

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

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



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 sobre la cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento. También decidimos la cantidad de dinero, si corresponde, que debe pagar.

- Le informaremos si necesitamos más información de su parte.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento y usted siguió todas las normas para obtenerlo, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo un cheque 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 a nuestro precio acordado). Si usted no pagó, le pagaremos al proveedor directamente.

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

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

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



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** de este *Manual del Miembro*: Sección E.

- Para presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de atención médica, consulte la **Sección F**.
- Para presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la **Sección G**.

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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.firstchoicevipcare.com.



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	2
B. Nuestra responsabilidad de garantizar su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.....	3
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI).....	4
C1. Cómo protegemos su PHI.....	4
C2. Su derecho a consultar sus registros médicos.....	4
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información	5
E. Imposibilidad de los proveedores de la red para facturarle directamente.....	6
F. Su derecho a dejar nuestro plan.....	6
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica	7
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones	7
G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica por usted mismo.	8
G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones.....	9
H. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones	9
H1. Qué hacer en caso de trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos..	9
I. Sus responsabilidades como miembro del plan.....	10

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.º 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.



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 le presten de manera culturalmente competente y accesible, incluso a aquellas personas con un dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o antecedentes 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, incluso en 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 AmeriHealth Caritas VIP Care, P.O. Box 7183 London KY, 40742-7183.
 - Puede solicitar recibir información, ahora y en el futuro, en un idioma distinto al 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 comuniquen 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 (855) 882-3901, 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.

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.º 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.



B. Nuestra responsabilidad de garantizar su 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 los tipos de proveedores que pueden actuar como PCP y cómo elegir un PCP en el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro*.
 - Llame a Servicios al Miembro o busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y qué médicos están aceptando nuevos pacientes.
- Usted tiene derecho a un especialista en salud de la mujer sin necesidad de una derivación. Una derivación es la aprobación de su PCP para utilizar un proveedor que no sea su PCP.
- Tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un período razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas.
 - Si no puede obtener los servicios dentro de un período razonable, tenemos que pagar la atención fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir los servicios de emergencia o atención que se necesiten con urgencia sin aprobación previa (PA).
- 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 obtener información sobre proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro*.

El **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* le informa lo que puede hacer si cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos dentro de un período razonable. También le informa lo que puede hacer si le negamos la cobertura de sus servicios o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión.

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.º 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.



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 nuestro plan. También incluye sus registros médicos y otra información médica y de salud.

Usted tiene derechos en lo que respecta a su información y al control de la forma en que se utiliza su PHI. Le proporcionamos un aviso por escrito en el que se le informan estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de su 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 indican a continuación, no proporcionamos su PHI a nadie que no le preste atención médica o que no pague por su atención. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito. Usted, o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones en su nombre, puede dar su permiso por escrito.

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

- Debemos divulgar la PHI a las agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención de nuestro plan.
- Debemos divulgar la PHI por orden judicial.
- Debemos proporcionar a Medicare y 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 para fines de investigación u otros usos, lo hacen de acuerdo con las leyes federales.

C2. Su derecho a consultar sus registros médicos

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

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.º 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.



- Usted tiene derecho a saber si compartimos su información médica y de qué manera cuando se trata de fines que no sean de rutina.

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

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a recibir información sobre nuestro plan, nuestros proveedores de la red y sus servicios cubiertos.

Si no habla inglés, contamos con servicios de interpretación para responder sus preguntas sobre nuestro plan. Para obtener un intérprete, llame a Servicios al Miembro. Este es un servicio sin costo para usted. Puede solicitar recibir información, ahora y en el futuro, en un idioma distinto al 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 los miembros
 - cómo salir del plan
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, que incluyen:
 - cómo elegir o cambiar de proveedores de atención primaria
 - calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red
 - cómo pagamos a los proveedores de nuestra red
- Servicios y medicamentos cubiertos, que incluye:
 - los 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

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.º 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.



- los límites a su cobertura y medicamentos
 - las 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. Imposibilidad de los proveedores de la red para facturarle directamente

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

F. Su derecho a 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 o de otro plan Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare de un plan de farmacia o de otro plan MA.
- Consulte el **Capítulo 10** de este *Manual del Miembro*:
 - Para obtener más información sobre cuándo podrá participar en un nuevo plan MA o de beneficio de farmacia.
 - Para obtener información sobre cómo obtendrá sus beneficios de Healthy Connections Medicaid si deja nuestro plan.

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.º 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.



G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Usted tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica para ayudarle a tomar decisiones sobre su atención médica.

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

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

- **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 riesgos posibles. 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.
- **Decir "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. 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. Por supuesto, 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 piensa que debería recibir.
- **Pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que negamos o que generalmente no está cubierto.** Esto se llama decisión de cobertura. El **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* explica cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.

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.º 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.



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

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

- Completar un formulario escrito para **otorgarle a alguien el derecho legal para tomar decisiones médicas por usted** si en algún momento no puede tomarlas usted mismo.
- **Dar a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo manejar su atención médica si **no** puede tomar decisiones por usted mismo.

El documento legal que se utiliza para dar 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.

Usted no tiene la obligación de tener una última voluntad médica, pero puede hacerlo. Debe hacer lo siguiente si quiere utilizar una última voluntad médica:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener el formulario a través de su médico, un abogado, un trabajador social o en algunas tiendas de artículos de oficina. Las farmacias y los consultorios médicos suelen tener estos formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo.
- **Completar el formulario y firmarlo.** El formulario es un documento legal. Considere pedirle a un abogado o a alguien de su confianza, como un familiar o su PCP, que le ayude a completarlo.
- **Entregar copias del formulario a las personas que deban conocerlo.** Entregue una copia del formulario a su médico. También debe entregar una copia a la persona que haya designado para tomar decisiones en su nombre en caso de que usted no pueda hacerlo. Es posible que quiera entregar copias a amigos cercanos o miembros de la familia. No olvide conservar una copia en casa.
- Si va a ser hospitalizado y tiene una última voluntad médica firmada, **lleve una copia al hospital.**
 - El hospital le preguntará si tiene un formulario de última voluntad médica firmado y si lo lleva con usted.
 - Si no tiene un formulario de última voluntad médica firmado, el hospital tiene formularios y le preguntará si desea firmar uno.

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.º 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.



Usted tiene derecho a:

- Que su última voluntad médica se incluya en su historia clínica.
- Cambiar o cancelar su última voluntad médica en cualquier momento.

Por ley, nadie puede negarle la atención médica ni discriminarle por haber firmado una última voluntad médica. Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

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

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

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

Usted tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y las quejas que otros miembros del plan han presentado contra nosotros. Llame a Servicios al Miembro para obtener esta información.

H1. Qué hacer en caso de trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos

Si cree que le hemos tratado de forma injusta, y no es por discriminación de acuerdo a 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 obtener más información sobre I-CARE, consulte el **Capítulo 2**, Sección C.
- El Programa del Defensor del Pueblo 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*.

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.º 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.



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 de nuestro 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 sus:
 - 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 pagar.
 - Medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual del Miembro*.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura médica o de farmacia** 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 a otros 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 a 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.

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.º 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.



- Haga 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.
 - No olvide solicitar una consulta con su médico para su chequeo anual o 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 programar una consulta, comuníquese con Servicios al Miembro.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, en 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.
 - Para algunos de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo cuando obtiene el medicamento. Esto será un copago o coseguro. El **Capítulo 6**, Sección C, explica lo que debe pagar por sus medicamentos.
 - **Si recibe algún servicio o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, deberá 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 planea mudarse, infórmenos de inmediato. Llame a Servicios al Miembro.
 - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede permanecer en nuestro plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. El **Capítulo 1** de este *Manual del Miembro* describe nuestra área de servicio.

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.º 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.



- Podemos ayudarle a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
- Informe a Medicare y a Healthy Connections Medicaid su nueva dirección cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para obtener los números de teléfono de Medicare y Healthy Connections Medicaid.
- **Si se muda y permanece en nuestra área de servicio, aun así necesitamos saberlo.** Necesitamos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).**
- Llámenos inmediatamente si tiene un reclamo de compensación laboral, una demanda pendiente por lesiones personales o negligencia médica, o si ha estado involucrado en un accidente automovilístico.
- **Llame a Servicios al Miembro si tiene preguntas o inquietudes.** También puede llamar a su coordinador de atención para hablar sobre su participación en un examen médico inicial y/o una evaluación integral.

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.º 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.



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

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

Hay una oficina del Defensor del Pueblo para South Carolina. Para comunicarse con la oficina y obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes, consulte el **Capítulo 2**, Sección H, para obtener más información.

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.º 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.



Índice

A. Qué hacer si tiene un problema o una inquietud.....	4
A1. Sobre los términos legales	4
B. Dónde puede recibir ayuda	4
B1. Para más información y ayuda.....	4
C. Conozca las quejas y apelaciones de Medicare y Healthy Connections Medicaid en nuestro plan	6
D. Problemas con sus beneficios	6
E. Decisiones de cobertura y apelaciones	6
E1. Decisiones de cobertura.....	7
E2. Apelaciones	7
E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones	8
E4. Cuál sección de este capítulo puede ayudarle	9
F. Atención médica.....	9
F1. Cómo utilizar esta sección.....	9
F2. Cómo solicitar decisiones de cobertura	10
F3. Cómo presentar una apelación de Nivel 1	14
F4. Cómo presentar una apelación de Nivel 2.....	18
F5. Problemas de pago	22
G. Medicamentos de la Parte D de Medicare	24
G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare.....	24
G2. Excepciones de la Parte D de Medicare	26

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.º 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.



G3. Cosas importantes que debe saber sobre la solicitud de una excepción	28
G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....	29
G5. Cómo presentar una apelación de Nivel 1	32
G6. Cómo presentar una apelación de Nivel 2	34
H. Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada	37
H1. Conozca sus derechos de Medicare	37
H2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1	38
H3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2	40
I. Cómo pedirnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos	41
I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura	42
I2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1	42
I3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2	44
J. Llevando su apelación más allá del Nivel 2	45
J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare	45
J2. Apelaciones adicionales de Healthy Connections Medicaid	47
J3. Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare.....	47
K. Cómo presentar una queja	49
K1. Qué tipo de problemas deberían ser quejas.....	49
K2. Quejas internas.....	51
K3. Quejas externas	52

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.º 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.



A. Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explica cómo manejar los problemas y las inquietudes. El proceso que usted utilice dependerá del tipo de problema que tenga. Utilice un proceso para **las decisiones de cobertura y las apelaciones** y otro para **presentar quejas** (también llamadas quejas formales).

Para garantizar la igualdad y la rapidez, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que tanto nosotros como usted debemos seguir.

A1. Sobre los términos legales

En este capítulo se utilizan términos legales para referirse a algunas normas y plazos. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender. Por eso, siempre que podemos, utilizamos palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. 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" (IRO), 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. En especial, 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.

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.º 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.



Ayuda del Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)

Usted puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP). Los consejeros de 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 llama Programa de Asistencia y Asesoramiento sobre Seguros y Referencias para Personas de la Tercera Edad (I-CARE). El número de teléfono de I-CARE es el 1-800-868-9095 y si 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

También puede comunicarse con Medicare para recibir más información y ayuda. Aquí hay 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 (<https://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 8:00 a.m. a 6:00 p.m. TTY: 1-888-842-3620. La llamada es gratuita.
- Consulte 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 para personas con discapacidades (P&A) llamando sin cargo al 1-866-275-7273. TTY: 1-866-232-4525.
- Servicios legales de South Carolina llamando sin cargo al 1-888-346-5592.

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.º 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.



C. Conozca las quejas y apelaciones de Medicare y Healthy Connections Medicaid en nuestro plan

Usted tiene Medicare y Healthy Connections Medicaid. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Healthy Connections Medicaid. A veces, se denomina "proceso integrado" porque combina o integra los procesos de Medicare y Healthy Connections Medicaid.

En ocasiones, los procesos de Medicare y Healthy Connections Medicaid no se pueden combinar. En esas situaciones, usted utiliza un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de Healthy Connections Medicaid. La **Sección F4** explica 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 lo ayudará 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 una atención médica en particular (artículos médicos, servicios y/o medicamentos con receta de la Parte B) está o no está cubierta, la manera en que está cubierta y problemas con el pago por 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 los beneficios o la cobertura. Consulte la Sección K , "Cómo presentar una queja".

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar decisiones de cobertura y presentar una apelación maneja los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios,

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.º 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.



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**.

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 decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto pagamos (Consulte el **Capítulo 4, Sección H** de este *Manual del Miembro*).

Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Es posible que usted o su médico no estén seguros de si cubrimos un servicio médico específico o si podemos negarnos a darle la atención médica que cree que necesita. **Si usted 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, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que ya no está cubierto para usted por Medicare o Healthy Connections Medicaid 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 tomamos.

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 con todas las normas correctamente. Su apelación la tratan revisores distintos de los que tomaron la decisión desfavorable original.

Una vez que completamos la revisión, le informamos nuestra decisión. En algunos casos, que se explican más adelante en este capítulo, puede solicitar una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida" de una decisión de cobertura.

Si nuestra respuesta es **rechazar** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema se refiere a la cobertura de una 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 la Parte

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.º 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.



D de Medicare o de Healthy Connections Medicaid, 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 pasar por niveles adicionales de apelación.

E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones

Puede pedir ayuda a cualquiera de los siguientes:

- **Servicios al Miembro** al número que aparece al final de la página.
- **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 familiar.** 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.** Usted tiene derecho a un abogado, pero **no es necesario que tenga un abogado** para solicitar una decisión de 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 nombramiento de representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario le da permiso a alguien para que actúe en su nombre.

Llame a Servicios al Miembro a los números que figuran al final de la página y solicite el formulario de "Nombramiento de representante". También puede obtener el formulario en

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.º 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.



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

Existen cuatro situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene normas y fechas límite diferentes. Damos información detallada sobre cada uno de ellos en una sección separada de este capítulo. Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F**, "Atención médica"
- **Sección G**, "Medicamentos de la Parte D de Medicare"
- **Sección H**, "Cómo solicitar que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada"
- **Sección I**, "Cómo solicitar que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos" (Esta sección solo se aplica a estos servicios: atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada y servicios de centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios o CORF.)

Si no está seguro de qué sección utilizar, llame a Servicios al Miembro a los números que figuran al final de la página.

Si necesita otra ayuda o información, llame al Defensor del Pueblo 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 el cuadro de beneficios. En algunos casos, pueden aplicarse normas diferentes a los medicamentos de la Parte B de Medicare. Cuando este es el caso, explicamos 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 cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

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.º 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. Usted 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 proveedor de atención médica quiere brindarle, y usted cree 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 pagamos.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Recibió y pagó atención médica que pensó que cubríamos y desea solicitarnos un reembolso.

Lo que puede hacer: Puede pedirnos el reembolso. Consulte la **Sección F5**.

5. Redujimos o suspendimos su cobertura para cierta atención médica y usted cree que nuestra decisión podría perjudicar su salud.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender la atención médica. Consulte la **Sección F4**.

- Si la cobertura es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios CORF, se aplican normas especiales. Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para obtener más información.
- Para todas las demás situaciones relacionadas con la reducción o suspensión de su cobertura para cierta 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**.

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.º 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.



Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura de la siguiente manera:

- Teléfono: 1-888-996-0499, TTY: 711.
- Fax: 1-833-512-1700.
- Carta:

First Choice VIP Care
Prior-Authorization Medical Care
P.O. Box 7183
London, KY 40742-7183

Decisión de cobertura estándar

Cuando le comunicamos nuestra decisión, utilizamos los plazos "estándar" a menos que hayamos acordado utilizar los plazos "rápidos". Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta en:

- **7 días calendario** después de recibir su solicitud de **un servicio o artículo médico que está sujeto a nuestras normas de autorización previa**.
- **14 días calendario** después de recibir su solicitud de **todos los demás servicios o artículos médicos**.
- **72 horas** después de recibir su solicitud de un **medicamento de la Parte B de Medicare**.

En el caso de un artículo o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario más si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda ser de beneficio para usted (como la historia clínica de proveedores fuera de la red). Si tardamos más días en tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito. **No podemos tardar más días si su solicitud es para una medicación de la Parte B de Medicare.**

Si cree que **no deberíamos** tomarnos más días, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando hace una queja rápida, le responderemos dentro de las 24 horas. El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Decisión rápida de cobertura

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.º 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.

El término legal para la decisión rápida de cobertura es **determinación acelerada**.

Cuando nos solicite que tomemos una decisión de cobertura sobre su atención médica y su salud requiera una respuesta rápida, pídanos que tomemos una "decisión rápida de 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 servicio o artículo médico**.
- **24 horas** después de recibir su solicitud de **un medicamento de la Parte B de Medicare**.

Para un 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 la información para la revisión. Si tardamos más días en tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito. **No podemos tomar más tiempo si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Si usted cree que **no debemos** tomar más días para la decisión de cobertura, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar más días. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**. Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:

- Solicita cobertura para artículos y/o servicios médicos que **no recibió**. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida sobre el pago de artículos o servicios que ya recibió.
- Usar los plazos estándar **podría causar un daño grave a su salud** o afectar su capacidad funcional.

Le damos automáticamente una decisión de cobertura rápida si su médico nos dice que su salud lo requiere. Si lo solicita sin el apoyo de su médico, decidimos si obtiene una decisión de cobertura rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviamos una carta en la que se lo comunicamos y aplicamos los plazos estándar. La carta le indica lo siguiente:

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.º 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.



- Le damos automáticamente una decisión de cobertura rápida si su médico lo solicita.
- Cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si rechazamos parte o a toda su solicitud, le enviamos una carta explicándole los motivos.

- Si la **rechazamos**, tiene derecho a presentar una apelación. Si cree que cometimos un error, presentar una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos.
- Si decide presentar una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la **Sección F3**).

En circunstancias limitadas, podemos desestimar su solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimaré 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.

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.º 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.



F3. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Para comenzar una apelación, usted, su médico o su representante, deben comunicarse con nosotros. Llámenos al 1-888-996-0499 (TTY 711).

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o llamándonos al 1-888-996-0499.

- Si su médico u otro profesional que receta solicita continuar con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que deba nombrarlos como sus representantes para que actúen en su nombre.
- Si alguien que no sea su médico presenta la apelación por usted, incluya un formulario de nombramiento de representante que autorice a esta persona a representarlo. Puede obtener el formulario al visitar www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o 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 hayamos recibido. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación:
 - Desestimaremos su solicitud, y
 - le enviaremos un aviso por escrito explicándole 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 que tuvo una enfermedad grave o que le proporcionamos información incorrecta sobre la fecha límite para solicitar una apelación. Explique el motivo por el cual su apelación se ha retrasado cuando la presente.
- Usted tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden proporcionarnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo exige, pida una apelación rápida

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.º 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.



El término legal para "apelación rápida" es **"reconsideración acelerada"**.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención médica, usted y/o su médico deciden si necesita una apelación rápida.

Le damos automáticamente una apelación rápida si su médico nos dice que su salud lo requiere. Si la solicita sin el apoyo de su médico, nosotros decidiremos si le concedemos una apelación rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple los requisitos para una apelación rápida, le enviaremos una carta en la que se lo comunicaremos y utilizaremos los plazos estándar. La carta le indica lo siguiente:
 - Le damos automáticamente una apelación rápida si su médico lo solicita.
 - Cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de concederle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si le informamos que vamos a suspender o reducir los servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda continuar recibiendo tales servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que recibe, le enviaremos un aviso antes de tomar medidas.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una Apelación de Nivel 1.
- Seguiremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de entrada en vigencia prevista de la medida, lo que sea posterior.
 - Si cumple con este plazo, recibirá el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.
 - También recibirá todos los demás servicios o artículos (que no sean motivo de su apelación) sin cambios.

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.º 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.



- Si no apela antes de estas fechas, su servicio o artículo no continuará mientras espera la decisión de 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 **rechazamos** 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 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 final de los días adicionales que nos tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO la revisa. Más adelante en este capítulo (Sección F4), le informamos sobre esta organización y le explicamos el proceso de apelaciones 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 una "audiencia justa estatal" con el estado usted mismo en cuanto se cumpla el plazo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de Nivel 2, consulte la Sección F4.

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.º 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.



- **Si aceptamos una parte o la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de su solicitud**, enviamos su apelación a la IRO para una apelación de Nivel 2.

Existen plazos para una apelación estándar.

- Cuando usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a 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 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a recibir su apelación o antes si su salud 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 días adicionales, puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.
 - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite o al final de los días adicionales que nos tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO la revisa. Más adelante en este capítulo (Sección F4), le informamos sobre esta organización y le explicamos el proceso de apelaciones 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 una "audiencia justa estatal" con el estado usted mismo en cuanto se cumpla el plazo. Para obtener más

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.º 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.



información sobre el proceso de apelación de Nivel 2, consulte la Sección F4.

Si aceptamos parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos darle en un plazo de 30 días calendario, **o en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, después de recibir su apelación.

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, **usted tiene derechos de apelación adicionales**:

- Si **rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviamos 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.
- 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 **rechazamos** 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 artículo.

- Si su problema se refiere a un servicio o artículo que Medicare suele cubrir, enviamos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se completa la apelación de Nivel 1.
- Si su problema se refiere a un servicio o artículo que Healthy Connections Medicaid suele cubrir, usted mismo puede presentar una apelación de Nivel 2. La carta le dice 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** pueden cubrir, automáticamente obtendrá una apelación de Nivel 2 con la IRO. También puede solicitar una audiencia justa estatal.

Si usted reunía los requisitos para continuar recibiendo el beneficio cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento que está apelando

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.º 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.



también pueden continuar durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre cómo continuar recibiendo sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema se refiere a un servicio que por lo general 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, su beneficio para ese servicio continuará si presenta una apelación de Nivel 2 en un plazo de 10 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. Es 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 está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Medicare eligió a la empresa para que fuera la IRO y es Medicare quien supervisa su trabajo.
- Enviamos la información sobre su apelación (su "expediente") a esta organización. Usted tiene derecho a recibir una copia gratuita de su expediente.
- Usted tiene derecho a entregar a la IRO información adicional 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, automáticamente tendrá una apelación rápida en el Nivel 2. La IRO debe responder su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de recibir su apelación.

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.º 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.



- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la IRO necesita recopilar más información que podría beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario más**. 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 tiene una apelación estándar en el Nivel 2

- Si tuvo una apelación estándar ante nosotros en el Nivel 1, automáticamente tendrá 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 recibir 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 en **un plazo de 7 días calendario** a partir de 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, **puede tomar hasta 14 días calendario más**. La IRO puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento de la Parte B de Medicare.

La IRO le responde por escrito y le explica los motivos.

- **Si la IRO acepta parte o 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 acepta una parte o 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:**

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.º 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.



- **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la IRO para las **solicitudes estándar**, o
- **en un plazo de 24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRO para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO rechaza a una parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) 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 con el proceso de apelación, debe decidir si va a avanzar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. La información sobre cómo hacerlo está en el aviso escrito que recibe luego de su apelación de Nivel 2.
 - Un juez administrativo (ALJ) o un abogado mediador se ocupa de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Cuando su problema se refiere a un servicio o artículo que Medicaid suele cubrir, o que está cubierto tanto por Medicare como por Healthy Connections Medicaid

Una apelación de Nivel 2 para los servicios que Healthy Connections Medicaid suele cubrir es una Audiencia Justa Estatal. En South Carolina, una audiencia justa se llama Audiencia Justa Estatal. Debe solicitar una Audiencia Justa Estatal por escrito o por teléfono **dentro de los 120 días calendario** a partir de la fecha en que le enviamos la carta con la decisión sobre su apelación de Nivel 1. La carta que recibe de nosotros le dice dónde presentar su solicitud de Audiencia Justa.

Puede solicitar una Audiencia Justa Estatal 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

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.º 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.



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 comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- Si la oficina de Audiencias Justas **acepta** una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo en un **plazo de 72 horas** después de recibir su decisión.
- Si la oficina de Audiencias Justas **rechaza** su apelación, ya sea en parte o en su totalidad, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de ella) de cobertura médica. A esto se le llama "confirmar la decisión" o "rechazar su apelación".

Si la decisión de la IRO o de la oficina de Audiencias Justas **rechaza** toda o parte de su solicitud, usted tiene derechos de apelación adicionales.

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 una cierta cantidad mínima. Un ALJ o un abogado mediador se ocupa de las apelaciones de Nivel 3. **La carta que recibe de la IRO le explica los derechos de apelación adicionales que puede tener.**

La carta que recibe de la oficina de Audiencias Justas describe la siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después 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 ninguna

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.º 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.



factura. El único importe que se le debe solicitar que pague es el copago que corresponde a las categorías de medicamentos que requieren copago.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. No pague la factura. 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 servicios o artículos.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*. Describe situaciones en las que puede necesitar solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió del proveedor. También dice cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el pago.

Si solicita un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Averiguaremos si el servicio o artículo que pagó está cubierto y verificaremos si siguió todas las normas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo por el que pagó está cubierto y usted siguió todas las normas, le enviaremos el pago por el servicio o artículo normalmente en un plazo de 30 días calendario, pero no más tarde de 60 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si aún no ha pagado el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, equivale a **aceptar** su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto, o si no siguió todas las normas, 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 **rechazada** y **Medicare** usualmente cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la IRO. Le enviaremos una carta si esto sucede.

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.º 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.



- Si la IRO revierte nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es una **confirmación** en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRO **rechaza** su apelación, significa que están 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 puede tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **rechazarla** y, por lo general, Healthy Connections Medicaid cubre el servicio o artículo, 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 ellos son medicamentos de la Parte D de Medicare. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero que puede cubrir Healthy Connections Medicaid.

Esta sección solo se aplica a las apelaciones de medicamentos de la Parte D de Medicare. En el resto de esta sección, diremos "medicamento" en lugar de "medicamento de la Parte D de Medicare" cada vez. Para los medicamentos cubiertos únicamente por Healthy Connections Medicaid, siga el proceso descrito en la **Sección E**.

Para estar cubierto, la medicación debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por determinadas bibliografías médicas. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las indicaciones médicamente aceptadas.

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

Los siguientes son ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos solicita que tomemos con respecto a sus medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Usted nos solicita que hagamos una excepción, lo que incluye solicitarnos que:

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.º 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.



- cubramos un medicamento de la Parte D de Medicare que no está en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan, o
- dejemos de lado una restricción en nuestra cobertura para un medicamento (como límites en la cantidad que puede obtener).
- Usted nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está 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 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 solicitar una decisión de cobertura sobre el pago.

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.º 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.



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 hacer una apelación. Use el cuadro siguiente como ayuda.

¿En cuál de estas situaciones está?			
Usted necesita un medicamento que no está en nuestra <i>Lista de medicamentos</i> o necesita que dejemos de lado una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Usted quiere que cubramos un medicamento de la <i>Lista de medicamentos</i> 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 forma en 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 pide 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.

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.º 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.



Cuando solicita una excepción, su médico u otro profesional que receta necesita explicar los motivos médicos por los que necesita que se apruebe la excepción.

Solicitar la cobertura de un medicamento que no figura en nuestra *Lista de medicamentos* o la eliminación de una restricción sobre un medicamento 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 algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta medicamentos 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 coseguro que se aplica a los medicamentos del Nivel 4.
- No puede obtener una excepción al monto de copago requerido para el medicamento.

2. Eliminar una restricción de un medicamento cubierto

- Se aplican normas o restricciones adicionales a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* (consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información).
- Las normas y las restricciones adicionales para ciertos medicamentos incluyen:
 - Tener la obligación de usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener nuestra aprobación por adelantado 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 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.º 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.



- Si aceptamos una excepción para usted y dejamos de lado una restricción, puede solicitar una excepción al monto del copago que debe pagar.

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 seis niveles de costos compartidos. En general, cuanto menor sea el número del nivel de costo compartido, menor será el monto del copago requerido.

- Nuestra *Lista de medicamentos* a menudo incluye más de un medicamento para tratar una afección específica. Estos se denominan medicamentos "alternativos".
- Si existe un medicamento alternativo para su afección que se encuentra en un nivel de costo compartido más bajo que el medicamento que toma, puede solicitarnos que lo cubramos por el monto de costo compartido del medicamento alternativo. Esto reduciría el monto de su copago por el medicamento.
 - Si el medicamento que toma es un medicamento de marca, puede solicitarnos que lo cubramos por el monto de costo compartido del nivel más bajo para los medicamentos de marca alternativos para su afección.
 - Si el medicamento que toma es un medicamento genérico, puede solicitarnos que lo cubramos al costo compartido del nivel más bajo para los medicamentos de marca o genéricos alternativos para su afección.
- No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de costo compartido 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, usted generalmente pagará el monto más bajo.

G3. Cosas importantes que debe saber sobre la solicitud de una excepción

Su médico u otro profesional que receta debe informarnos las razones médicas.

Su médico u otro profesional que receta deben darnos una declaración que explique las razones médicas para pedir una excepción. Para que podamos tomar una decisión más rápidamente, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que realiza las recetas cuando nos pida la excepción.

Nuestra *Lista de medicamentos* a menudo incluye más de un medicamento para tratar una afección específica. Estos se denominan medicamentos "alternativos". Si un medicamento

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.º 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.



alternativo es tan eficaz como el medicamento que solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general **no** aprobamos su solicitud de excepción. Si nos pide una excepción de nivel, por lo general **no** aprobamos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido más bajos no funcionen igual de bien para usted o puedan causarle una reacción adversa u otro tipo de daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud.

- Si **aceptamos** su solicitud de una excepción, la excepción generalmente 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 **rechazamos** su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre presentar una apelación si la **rechazamos**.

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 decisión de cobertura que necesita, llamando al 1-888-996-0499, escribiéndonos o enviándonos un fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que recete) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto, e información sobre el reclamo.
- Usted o su médico (u otro profesional que recete), u otra persona que actúe en su nombre, pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede tener a un abogado que actúe en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** para saber cómo nombrar a alguien como su representante.
- No es necesario que dé permiso por escrito a su médico u otro profesional que receta medicamentos para que solicite una decisión de cobertura en su nombre.
- Si quiere solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.

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.º 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.



- Si solicita una excepción, envíenos una "declaración de respaldo". La declaración de respaldo incluye los motivos médicos de su médico u otro profesional que le receta los medicamentos para solicitar la excepción.
- Su médico u otro profesional que le receta puede enviarnos la declaración de respaldo por fax o por correo. También pueden informarnos por teléfono y luego enviarnos la declaración por fax o por correo.

Si su salud lo requiere, solicítenos una "decisión de cobertura rápida".

Usamos las "fechas límite estándar" a menos que acordemos utilizar las "fechas límite rápidas".

- Una **decisión estándar de cobertura** significa que le damos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a recibir la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le damos 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"**.

Puede obtener una decisión de cobertura rápida si:

- Es para 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 de funcionar se verían seriamente afectadas si utilizáramos los plazos estándar.

Si su médico u otro profesional que receta medicación nos informa que su salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura, estamos de acuerdo y se la damos. Le enviaremos una carta para informarle.

- Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura sin el apoyo de su médico u otro profesional que receta, decidimos si obtiene una decisión rápida sobre la cobertura.
- Si decidimos que su afección no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, usaremos los plazos estándar en su lugar.

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.º 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.



- Le enviaremos una carta para informarle. La carta también le indicará cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.
- Puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta en un plazo de 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 los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que sea revisada por una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre una apelación de Nivel 2.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le daremos la cobertura en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.
- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le informará sobre cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que no recibió

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que sea revisada por una IRO.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, debemos brindarle la cobertura dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración de su médico o profesional que receta que respalde una excepción.

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.º 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.



- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también explicará 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 con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que sea revisada por una IRO.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le haremos un reembolso dentro de los 14 días calendario.
- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también explicará cómo presentar una apelación.

G5. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare se llama "**redeterminación**" del plan.

- Comience su apelación **estándar** o **rápida** llamando al 1-888-996-0499, escribiendo o enviándonos 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 que tuvo una enfermedad grave o que le proporcionamos información incorrecta sobre la fecha límite para solicitar una apelación. Explique el motivo por el cual su apelación se ha retrasado cuando la presente.
- Usted tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden proporcionarnos más información para respaldar su apelación.

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.º 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.

Si su salud lo exige, pida una apelación rápida

Una apelación rápida también se llama "**redeterminación acelerada**".

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no recibió, usted y su médico, u otro profesional que receta el medicamento, tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para una apelación rápida son los mismos que para una decisión de cobertura rápida. 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 **rechazamos** su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico, u otro profesional que receta el medicamento 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 antes 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 apelaciones de Nivel 2.
- Si **aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud, debemos darle la cobertura que acordamos proporcionar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta en la que le explicamos los motivos y le indicamos cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 1

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.º 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.

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que no recibió.
- Le daremos nuestra decisión antes si no recibió el medicamento y su estado de salud lo requiere. Si cree que su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.
 - Si no le damos una decisión en un plazo de 7 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 apelaciones de Nivel 2.

Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos proporcionar tan pronto como su salud lo requiera, **pero no más tarde de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que compró **dentro de los 30 días calendario** posteriores a recibir su apelación.

Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud:

- Le enviamos una carta que le explica los motivos y le dice cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle nuestra respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su apelación.
 - Si no le damos 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 apelaciones de Nivel 2.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, debemos pagarle dentro de los 30 días calendario de recibir su solicitud.
- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta en la que le explicamos los motivos y le indicamos cómo puede presentar una apelación.

G6. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

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.º 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.



Si **rechazamos** su apelación de Nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, debe utilizar el proceso de apelación de Nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión cuando **rechazamos** su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" (IRO) es "**Entidad de Revisión Independiente**", a veces llamada "**IRE**".

Para presentar una apelación de Nivel 2, usted, su representante, su médico, u otro profesional que receta el medicamento deben comunicarse con la IRO **por escrito** y solicitar una revisión de su caso.

- Si **rechazamos** su apelación de Nivel 1, la carta que le enviaremos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la IRO. Las instrucciones explican quién puede presentar la apelación de Nivel 2, cuáles son los plazos que debe cumplir y cómo comunicarse 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". **Usted tiene derecho a recibir una copia gratuita de su expediente.**
- Usted tiene derecho a entregar a la IRO información adicional 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 la apelación rápida en el Nivel 2

Si su salud lo exige, pida a la IRO una apelación rápida.

- Si **aceptan** una apelación rápida, deben darle una respuesta en un **plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- Si **aceptan** una parte o la totalidad de su solicitud, debemos proporcionarle la cobertura del medicamento aprobado en un **plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de la IRO.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 2

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.º 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.



Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la IRO debe darle una respuesta:

- **En un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que no recibió.
- **En un plazo de 14 días calendario** después de recibir su apelación por el reembolso de un medicamento que compró.

Si la IRO **acepta** una parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos proporcionar la cobertura del medicamento aprobado en un **plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la IRO.
- Debemos reembolsarle el medicamento que compró en un plazo de 30 días calendario después de recibir la decisión de la IRO.
- Si la IRO **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. A esto se le llama "confirmar la decisión" o "rechazar su apelación".

Si el IRO **rechaza** su apelación de Nivel 2, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un valor en dólares mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es inferior al mínimo requerido, no puede presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la apelación de Nivel 2 es definitiva. La IRO le enviará una carta en la que le indicará el valor mínimo en dólares necesario para continuar con una apelación de Nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud cumple con el requisito, usted decide si desea continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2.
- Si la IRO **rechaza** su apelación de Nivel 2 y usted cumple con 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 después de su apelación de Nivel 2 para obtener información detallada sobre cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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.º 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.



Un juez administrativo (ALJ) o un abogado mediador 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 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. También 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 cree que le están pidiendo que se vaya del hospital demasiado pronto o le preocupa la atención que recibirá después de salir del hospital, puede solicitar una hospitalización más prolongada. Esta sección explica cómo solicitarla.

H1. Conozca sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días posteriores a su admisión en el hospital, una persona del hospital, como un asistente social o enfermero le dará un aviso por escrito llamado "Un 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 encuentra al final de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea el aviso** detenidamente y haga preguntas si no lo entiende. El mensaje 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.

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.º 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.



- Ser parte de cualquier decisión sobre la duración de su estadía en el hospital.
- Saber dónde informar 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.
- **Firme 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 recibió la información sobre sus derechos. Firmar **no significa** que usted está de acuerdo con la fecha de alta que su médico o el personal del hospital pueden haberle informado.
- **Conserve su copia del aviso** firmado para que tenga la información si la necesita.

Si usted firma el aviso más de dos días antes del día en que deja el hospital, recibirá otra copia antes del alta.

Puede consultar una copia del aviso con antelación si:

- Llame a Servicios al Miembro a los números que aparecen al final de la página.
- Llame a Medicare al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visita www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-mail.

H2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Para solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios durante más tiempo, presente una apelación. La Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) revisa la apelación de Nivel 1 para determinar si la fecha de alta prevista es médicamente adecuada para usted.

La QIO es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes paga el gobierno federal. Estos expertos verifican y ayudan a mejorar la calidad para las personas con Medicare. No forman parte de nuestro plan.

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.º 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.

En South Carolina, la QIO es Acentra Health. Llámelos al 1-888-317-0751, TTY: 711. La información de contacto también se encuentra 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 la fecha de alta prevista.

- **Si llama antes de salir del hospital**, puede permanecer en el hospital después de la fecha de alta prevista sin tener que pagar mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada, es posible que pague todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta prevista.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicios al Miembro a los números que aparecen al final de la página.
- Llame al Programa de Asistencia y Asesoramiento sobre Seguros y Referencias para Personas de la Tercera Edad (I-CARE) al 1-800-868-9095.

Solicite una revisión rápida. Actúe con rapidez y comuníquese 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 es necesario que escriba una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores miran su información médica, hablan con su médico y revisan la información que el hospital y nuestro plan les proporcionaron.
- Para el mediodía del día después de que los revisores informan a nuestro plan sobre su apelación, recibirá una carta con la fecha de alta prevista. La carta también incluye los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que esa es la fecha de alta adecuada y médicamente apropiada para usted.

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.º 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.



El término legal para esta explicación escrita se llama **"Aviso detallado de alta"**. Puede obtener una muestra llamando a Servicios al Miembro a los números que se encuentran en la parte inferior de la página o a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.) También puede consultar una muestra del aviso en línea en www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

En el plazo de un día completo después de obtener toda la información que necesita, la QIO responderá a su apelación.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le proporcionaremos los servicios hospitalarios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Consideran que la fecha de alta prevista es médicamente adecuada.
- Nuestra cobertura de sus servicios como paciente hospitalizado finalizará al mediodía del día siguiente a la fecha en que la QIO responda a su apelación.
- Es posible que tenga que pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente a la fecha en que la QIO responda 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 de alta prevista.

H3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Para hacer 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 11 a.m. a 3 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 a la fecha en que la QIO **rechazó** 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.

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.º 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.

Los revisores de la QIO:

- Volverán a examinar cuidadosamente 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 **acepta** su apelación:

- Debemos reembolsarle los costos de la atención hospitalaria desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la QIO rechazó su apelación de Nivel 1.
- Le proporcionaremos los servicios hospitalarios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Están de acuerdo con su decisión sobre su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- Le entregan una carta en la que se le informa lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

Un juez administrativo (ALJ) o un abogado mediador 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 pedirnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos

Esta sección solo trata sobre tres tipos de servicios que puede estar recibiendo:

- servicios de atención médica domiciliaria;
- atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada, y
- atención de rehabilitación como paciente ambulatorio en un CORF aprobado por Medicare. Esto suele significar que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una cirugía mayor.

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.º 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.



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 finaliza, dejaremos de pagarlo.

Si usted 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. 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 recibieron. Firmar el aviso **solo** muestra que recibió la información. Firmar **no** significa que usted está de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Si usted cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección que informa sobre el proceso de apelación de Nivel 1 y qué hacer.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y respete los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer. Nuestro plan también debe respetar los plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros 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 al final de la 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.
- **Comuníquese con la QIO.**

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.º 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.



- Consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre la QIO y cómo comunicarse con ellos.
- Pídales que revisen su apelación y decidan si cambian la decisión de nuestro plan.
- **Actúe rápidamente y solicite una "apelación por vía rápida"**. Pregunte a la QIO si es médicamente apropiado que terminemos la cobertura de 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 vigencia en el "Aviso de no cobertura de Medicare" que le enviamos.

El término legal del aviso escrito es "**Aviso de no cobertura de Medicare**". Para obtener una muestra, llame a Servicios al Miembro los números que se aparecen al final de la 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 es necesario que escriba una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores miran su información médica, hablan con su médico y revisan la información que nuestro plan les dio.
- Nuestro plan también le envía un aviso por escrito en el que se explican los motivos por los que se pone fin a 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 el aviso explicativo es "**Explicación detallada de la no cobertura**".

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.º 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.

- Los revisores le comunicarán su decisión en el plazo de un día completo después de obtener toda la información que necesitan.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le brindaremos los servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Su cobertura termina en la fecha que le dijimos.
- Dejaremos de pagar los costos de esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- Usted deberá pagar 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 hacer 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 11 a.m. a 3 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 a la fecha en que la QIO **rechazó** su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión **únicamente** si continúa la atención después de la fecha en que la cobertura de la atención había terminado.

Los revisores de la QIO:

- Volverán a examinar cuidadosamente 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 **acepta** su apelación:

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.º 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.



- Le reembolsaremos los gastos médicos que haya tenido desde la fecha en que le comunicamos que su cobertura finalizaría.
- Le brindaremos cobertura para la atención médica mientras sea médicamente necesaria.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión sobre su atención y no la cambiarán.
- Le entregan una carta en la que se le informa lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

Un juez administrativo (ALJ) o un abogado mediador 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. Llevando 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 usted apeló no alcanza un monto mínimo determinado, no puede continuar con la apelación. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede continuar con el proceso de apelación. La carta que recibe de la IRO para su apelación de Nivel 2 explica a quién debe comunicarse 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 ALJ o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado mediador **aceptan** 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 todos los documentos adjuntos. Es posible que

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.º 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.



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 ALJ o del abogado mediador.
 - Si el ALJ o el abogado mediador **rechazan** su apelación, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.
- 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, puede continuar con el próximo 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 **acepta** su apelación de Nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación de Nivel 3 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, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- 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, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué debe hacer.

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.º 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.



Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **aceptar** o **rechazar** la apelación. Esta es la decisión final. No hay otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.

J2. Apelaciones adicionales de Healthy Connections Medicaid

También tiene otros derechos de apelación si su apelación se refiere a servicios o artículos que Healthy Connections Medicaid normalmente cubre. La carta que reciba de la División de Apelaciones y Audiencias le dirá qué hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

Si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 para servicios o artículos de Healthy Connections Medicaid, y las dos apelaciones fueron rechazadas, tiene derecho a niveles adicionales de apelación. Si tiene preguntas después de su apelación de Nivel 2, comuníquese con el Defensor del Pueblo 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. Hay una tarifa de \$25 para apelar. 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 la Parte D de Medicare

Esta sección puede ser correcta si usted presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

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.º 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.



Si el valor del medicamento sobre el que presentó la apelación cumple con ciertos montos en dólares, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. La respuesta escrita que recibe sobre su apelación de Nivel 2 le explica 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 ALJ o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal.

Si el juez administrativo (ALJ) o el abogado mediador **aceptan** su apelación:

- El proceso de apelación termina.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento aprobado en un plazo de 72 horas (o 24 horas en el caso de una apelación acelerada) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir la decisión.

Si el ALJ o el abogado mediador **rechazan** su apelación, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- 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, puede continuar con el próximo 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 **acepta** su apelación:

- El proceso de apelación termina.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento aprobado en un plazo de 72 horas (o 24 horas en el caso de una apelación acelerada) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir la decisión.

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.º 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.



Si el Consejo **rechaza** su apelación o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si usted decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se dará por concluido.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación 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 decidirá **aceptar** o **rechazar** la apelación. Esta es la decisión final. No hay otros niveles de apelación más allá del 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 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 piensa que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió su información confidencial.

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.º 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.



Queja	Ejemplo
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 lo trató mal. • Cree que lo están expulsando del 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 usted habla que no es el inglés (como el lenguaje de señas americano o el español). • Su proveedor no le brinda otras adaptaciones razonables que necesita y solicita.
Tiempos de espera	• Tiene problemas para conseguir una consulta o tiene que esperar demasiado para conseguirla. • Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, los 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.

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.º 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.



Queja	Ejemplo
Plazos relacionados con las decisiones de cobertura o las apelaciones	• Usted cree que no cumplimos con los plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación. • Usted cree que, después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o brindarle el servicio o reembolsarle ciertos servicios médicos. • Usted 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. Nuestro plan presenta y revisa una queja interna. Una queja externa es presentada y revisada por una organización que no está afiliada a nuestro plan. Si necesita ayuda para presentar una queja interna y/o externa, puede llamar a Servicios al Miembro al número de teléfono que aparece al final de la página.

El término legal para una "queja" es una **"queja formal"**.

El término legal para "presentar una queja" es **"interponer una queja formal"**.

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios al Miembro al 1-888-996-0499. 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 usted presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Puede escribirnos a la siguiente dirección:

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.º 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.



First Choice VIP Care
Attn: Customer Experience, Grievances and Complaints
P.O. Box 7140
London, KY 49742-7140

Para presentar una "queja rápida", llame a Servicios al Miembro al número que se encuentra en la parte inferior de la página.

El término legal para "queja rápida" es "queja formal acelerada".

Si es posible, le contestaremos inmediatamente. Si usted nos llama con una queja, es posible que podamos responderle en la misma llamada telefónica. Si su afección 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. También le proporcionaremos información actualizada sobre el estado de su solicitud y el tiempo estimado para recibir una 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. Responderemos si aceptamos o no aceptamos la queja.

K3. Quejas externas

Medicare

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.º 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.



Puede informar a Medicare 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 presentar una queja ante First Choice VIP Care antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare toma en serio sus quejas y usa 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 del Pueblo

Puede llamar al Defensor para informarle sobre su queja. No está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono del Defensor del Pueblo 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 recibió 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 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 & Human Services
Sam Nunn Atlanta Federal Center, Suite 16T70
61 Forsyth Street, S.W.
Atlanta, GA 30303-8909
Teléfono: (800) 368-1019; TTY: (800) 537-7697
Fax: (202) 619-3818

También puede tener derechos según la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y la ley estatal. Puede comunicarse con el 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:

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.º 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.

- Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente a la QIO.
- Puede presentar su queja a la QIO y a nuestro plan. Si usted presenta una queja a la QIO, colaboraremos con ellos para resolver su queja.

La QIO es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga para que supervisen y mejoren la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **Sección H2** o 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.

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.º 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.



Capítulo 10: Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Introducción

Este capítulo explica cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de dejar nuestro plan. Si deja nuestro plan, igual seguirá inscrito en los programas Medicare y Healthy Connections Medicaid siempre que usted cumpla con los requisitos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

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.º 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.



Índice

A. Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan	3
B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan.....	4
C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid por separado	4
C1. Sus servicios de Medicare	5
C2. Sus servicios de Healthy Connections Medicaid	10
D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan	10
E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan.....	10
F. Normas que prohíben solicitarle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud.....	12
G. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan.....	12
H. Cómo obtener más información sobre cómo cancelar su membresía en el plan	12

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.º 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.



A. Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía durante ciertos momentos del año. Como usted también tiene Healthy Connections Medicaid, puede terminar su membresía en nuestro plan durante cualquier mes del año.

Además, las normas de Medicare disponen que usted puede cancelar o cambiar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- El **período de inscripción abierta**, que dura desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan finaliza el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1.º de enero.
- El **período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)**, que dura desde el 1.º de enero al 31 de marzo y también para beneficiarios nuevos de Medicare que están inscritos en un plan, desde el mes en que son elegibles para la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de elegibilidad. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comenzará el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que reúna los requisitos para realizar un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- se muda fuera de nuestra área de servicio;
- su elegibilidad para Healthy Connections Medicaid o Extra Help cambia, o
- si recientemente se mudó, actualmente recibe atención o acaba de mudarse de un centro de enfermería o un hospital de atención a largo plazo.

Su membresía finaliza el último día del mes en que recibimos su solicitud para cambiar su plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan finaliza el 31 de enero. Su nueva cobertura comienza el primer día del mes siguiente (1.º de febrero, en este ejemplo).

Si deja nuestro plan, puede obtener información sobre:

- Sus opciones de Medicare en la tabla en la **Sección C1**.
- Servicios de Medicaid en la **Sección C2**.

Puede obtener más información sobre cómo puede cancelar su membresía llamando a:

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.º 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.



- Servicios al Miembro al número que aparece al final de la 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 1-877-552-4642, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670.
- 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 cancelar su membresía en nuestro plan

Si decide cancelar su membresía, puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiarse a Medicare Original. Sin embargo, si quiere cambiar de nuestro plan a Original Medicare, pero no ha seleccionado un plan de farmacia separado de Medicare, usted debe pedir que lo desafilien de nuestro plan. Existen dos maneras de pedir la desafiliación:

- Puede pedírnoslo por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, llame al número de Servicios al Miembro que aparece al final de esta página.
- 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 6 encontrará más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando deje nuestro plan.
- Llame a South Carolina Healthy Connections Choices al 1-877-552-4642, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670. 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** a continuación incluye los pasos que puede seguir para inscribirse en un plan diferente, lo que también finalizará su afiliación a nuestro plan.

C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid por separado

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.º 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.



Usted tiene opciones para obtener sus 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 que se enumeran a continuación en cualquier mes del año. Usted tiene una opción adicional que se indica a continuación durante ciertas épocas 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**. Al elegir una de estas opciones, automáticamente finaliza su membresía en nuestro plan.

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.º 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. Usted puede cambiarse a: Otro plan que le brinde los beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos los de Healthy Connections Medicaid en un solo plan, también conocido como plan integrado de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP) o plan del Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE), si usted reúne los requisitos.	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. 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 ir a www.scdhhs.gov/providers/managed-care/program-all-inclusive-care-elderly-pace/members. Si necesita ayuda o más información: • Después de comunicarse con Medicare para cambiar de plan, Medicare trabajará con Healthy Connections Medicaid para realizar el cambio. Para obtener más información sobre este proceso, puede llamar a South Carolina Healthy Connections Choices al 1-877-552-4642, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670. • 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.
---	---

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.º 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.



	Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
2. Usted puede cambiarse a: Original Medicare con un plan de farmacia de Medicare separado	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 farmacia de Medicare. Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan cuando comience su cobertura de Original Medicare. Continuará recibiendo los servicios de Medicaid que le correspondan a través de la misma compañía que ofrece su plan actual.

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.º 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.



3. Usted puede cambiarse a: Original Medicare sin un plan de farmacia de Medicare separado NOTA: Si usted cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de farmacia de Medicare separado, Medicare podrá inscribirlo en un plan de farmacia, a menos que le informe a Medicare que no desea inscribirse. Solo debe cancelar la cobertura de farmacia si tiene cobertura de farmacia a través de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si quiere saber si necesita una cobertura de farmacia, llame a I-CARE a 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.	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 le dará de baja automáticamente de nuestro plan cuando comience su cobertura de Original Medicare. Continuará recibiendo los servicios de Medicaid que le correspondan a través de la misma compañía que ofrece su plan actual.
---	--

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.º 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.



4. Usted puede cambiarse a: Cualquier plan de salud de Medicare durante determinados períodos 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.	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. 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 ir a 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 el nuevo plan de Medicare. Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Continuará recibiendo los servicios de Medicaid que le correspondan a través de la misma compañía que ofrece su plan actual.
---	---

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.º 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.



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. A este plan se lo llama plan "alineado".

Sus servicios de Healthy Connections Medicaid incluirán los servicios cubiertos por el plan estatal de South Carolina, incluida la salud del comportamiento.

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan

Si deja nuestro plan, es posible que pase un tiempo antes de que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y Healthy Connections Medicaid. Durante este tiempo, debe continuar recibiendo su atención médica y medicamentos a través de nuestro plan hasta que comience el nuevo plan.

- Utilice nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.
- Utilice nuestras farmacias de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia por correo, para surtir sus recetas.
- Si está hospitalizado el día en que finaliza su afiliación a First Choice VIP Care, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que le den 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 membresía en nuestro plan

Estos son los casos en los que debemos finalizar su membresía en 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. Le notificaremos por carta y un administrador de atención o un representante de Servicios al Miembro podrá brindarle ayuda para revalidar su elegibilidad para Medicaid. Si su Medicaid no se revalida, usted será desafiado el primer día del mes siguiente al período estimado de seis meses.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.

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.º 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.



- 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 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 u oculta información sobre otro seguro que tenga para medicamentos.
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra legalmente en los Estados Unidos.
 - Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notifican si no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo.
 - Debemos cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

Si usted está en el período de 6 meses de elegibilidad continuada de nuestro plan, continuaremos proporcionándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no continuaremos cubriendo los beneficios de Healthy Connections Medicaid que están incluidos en el Plan Estatal de Medicaid correspondiente, ni pagaremos las primas de Medicare o los costos compartidos de los que el estado sería responsable si usted no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. El monto que usted paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este período.

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 su elegibilidad para nuestro plan.
- Si usted continuamente se comporta de mala manera y hace que nos resulte difícil brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan.
- Si permite que alguien más utilice su tarjeta de ID de miembro para obtener atención médica. (Medicare puede solicitar al Inspector General que investigue su caso si cancelamos su membresía por este motivo.)

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.º 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.



F. Normas que prohíben solicitarle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud

No podemos solicitarle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si usted piensa que le están solicitando que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

G. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos explicarle por escrito los motivos de la cancelación. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja formal o presentar una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. 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 cancelar su membresía en el plan

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre la cancelación de su membresía, puede llamar a Servicios al Miembro al número que se encuentra al final de la página.

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.º 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.



Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que se aplican a su membresía 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	2
B. Aviso sobre no discriminación	2
C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Healthy Connections Medicaid como pagador de último recurso	2

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.º 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.



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 sobre no discriminación

No discriminamos a las personas ni 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 obtener más información.
- Llame a su Oficina de Derechos Civiles local. La Comisión de Asuntos Humanos de South Carolina al 1-800-521-0725. Esta llamada es gratuita.
- Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios de atención médica o 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

A veces, alguien más debe pagar primero por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, si tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la Compensación para trabajadores debe pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario.

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.º 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.



Cumplimos con las leyes y regulaciones federales y estatales relacionadas con la responsabilidad legal de terceros por los servicios de atención médica a los miembros. Tomamos todas las medidas razonables para garantizar que Healthy Connections Medicaid sea el pagador de último recurso.

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.º 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.



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.

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.º 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.



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 de derecho administrativo: juez que revisa una apelación de nivel 3.

Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP): un programa que ayuda a las personas que reúnen los requisitos que viven con VIH/SIDA a tener acceso a los medicamentos contra el VIH que 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 desafiar una medida que tomamos si cree que cometimos un error. Puede solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura mediante una apelación. El **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* explica las apelaciones, incluido el proceso para presentar una apelación.

Salud conductual: un término inclusivo que se refiere a la salud mental y a los trastornos por consumo de sustancias tóxicas.

Producto biológico: un medicamento 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 eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Consulte "Biosimilar intercambiable".)

Medicamento de marca: medicamento fabricado y vendido por la empresa que lo fabricó originalmente. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos suelen ser fabricados y comercializados por otras empresas farmacéuticas y, por lo general, no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca ha expirado.

Coordinador de atención: una persona fundamental que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

Plan de atención: consulte "Plan de atención personalizado".

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.º 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



Equipo de atención: consulte "Equipo de atención interdisciplinario".

Etapas de cobertura catastrófica: la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D de Medicare en la que nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos de la Parte D hasta fin de año. Usted comienza esta etapa cuando usted (u otras partes habilitadas en su nombre) ha gastado \$2,100 en medicamentos cubiertos de 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 o verbal que indica que tiene un problema o una inquietud acerca de sus servicios o atención cubiertos. Incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, la calidad de su atención, los proveedores de nuestra red o las farmacias de nuestra red. El nombre formal para "presentar 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, usted podría pagar \$2 o \$5 por un medicamento.

Costos compartidos: montos que usted debe pagar cuando obtiene ciertos medicamentos. El costo compartido incluye los copagos.

Nivel de costo compartido: un grupo de medicamentos con el mismo copago. Todos los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocida como *Lista de medicamentos*) se encuentran en uno de los 6 niveles de costo compartido. 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 de salud. El **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados y los de venta libre (OTC) cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término general que usamos para referirnos a toda la atención médica, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

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.º 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



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 aplicarse cuando su médico le da una receta para un suministro menor a un mes completo de ciertos medicamentos y usted está obligado a pagar un copago. Una tasa diaria de costos compartidos es el copago dividido por el número de días de suministro en un mes.

Por 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 menor a \$0.05 por día. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días su pago es menor a \$0.05 por día multiplicado por 7 días, lo que da un pago total inferior a \$0.35.

Cancelación (desafiliación, baja) de la inscripción: el proceso de terminar su membresía 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 bajo receta 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. Cada medicamento de la *Lista de medicamentos* se encuentra en uno de seis niveles.

Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): un plan médico solo para personas que son elegibles para tanto Medicare como para Medicaid. Nuestro plan es un D-SNP.

Equipos médicos duraderos (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.

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.º 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



Emergencia: una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona 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 una parte del cuerpo o la pérdida o trastorno graves de las funciones corporales (si está embarazada, pérdida del niño no nacido). Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos brindados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o conductual.

Excepción: permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas 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 que está aprobado por la FDA para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes 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 su atención o la calidad del servicio que le prestó nuestro plan de salud.

Plan de salud: 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 del estado actual. Se utiliza para conocer su 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 administrado 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. Cubre servicios y algunos medicamentos adicionales no cubiertos por Medicare. Consulte el **Capítulo 2** para obtener información sobre cómo comunicarse con Healthy Connections Medicaid.

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.º 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



Auxiliar de salud en el hogar: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de una enfermera o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (como bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios recetados). El auxiliar para la salud en el hogar no tiene habilitación de enfermería ni proporciona terapia.

Centros 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 una persona ha sido certificada médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos.

- Un afiliado que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir un centro de 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 cuidados paliativos en su área geográfica.

Facturación inadecuada/inapropiada: una situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le factura un monto superior a nuestro costo compartido por los servicios. Llame a Servicios al Miembro si recibe facturas que no comprende.

Debido a que pagamos el costo total de sus servicios, usted **no** es responsable de pagar ningún costo compartido. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Organización 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 decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es **Entidad de revisión independiente.**

Plan de atención personalizada (ICP o plan de atención): un plan para los servicios que recibirá y cómo los obtendrá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo.

Etapas de cobertura inicial: la etapa antes de que sus gastos totales en medicamentos de la Parte D de Medicare alcancen los \$2,100. Esto incluye los montos que usted pagó, lo que nuestro plan pagó en su nombre y el subsidio por bajos ingresos. Usted comienza en esta etapa cuando surte la primera receta médica del año. Durante esta etapa, nosotros pagamos parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte.

Paciente hospitalizado: término que se utiliza cuando ha sido admitido formalmente en el

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.º 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



hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no es admitido formalmente, es posible que se lo considere un paciente ambulatorio en lugar de un paciente hospitalizado, incluso si pasa la noche.

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.

D-SNP integrado: un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid bajo un único plan de salud para ciertos grupos de personas aptas tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas se denominan personas con doble elegibilidad con todos los beneficios. Nuestro plan de salud es un D-SNP integrado.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que se puede sustituir en la farmacia sin necesidad de una receta nueva ya que cumple con los requisitos adicionales relacionados con el potencial para la sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): una lista de los medicamentos bajo receta y medicamentos 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 regla que deba 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 de bajos ingresos (LIS): consulte "Ayuda Adicional".

Organización de Atención Administrada: un plan de salud que presta servicios a miembros en función de los riesgos 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.

Medicamento necesario: describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Incluye la atención que le evita ingresar a un hospital o a un centro de enfermería. También significa que los servicios, insumos o medicamentos cumplen con las normas

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.º 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



aceptadas de 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 "MA", que ofrece planes a través de empresas privadas. Medicare les paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): un consejo que revisa apelaciones de nivel 4. El Consejo de Apelaciones es parte del gobierno federal.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare. Todos los planes médicos de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare.

Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP): un programa de cambio de conducta de salud estructurada que ofrece capacitación en cambios en la dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para superar los retos a 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 hospitalaria, 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 farmacia de Medicare. Llamamos a este programa "Parte D" para abreviar. La Parte D de Medicare cubre medicamentos para pacientes

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.º 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



ambulatorios, vacunas y algunos insumos no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o por 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 específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D de Medicare. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Administración de terapia con medicamentos (MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas que se ofrece a personas que cumplen ciertos requisitos o que participan en un programa de administración de medicamentos. Los servicios de MTM suelen incluir una conversación con un farmacéutico o un proveedor de atención médica para revisar los medicamentos. Consulte el **Capítulo 5** de este *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 adjunto, cláusula u otra cobertura opcional seleccionada, explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

Servicios al Miembro: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre los 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 aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos sus recetas 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 cuidado domiciliario, clínicas y otros lugares que le prestan servicios de atención médica, equipo médico y servicios y apoyo 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, aceptan nuestro pago y no cobran a nuestros miembros un monto

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.º 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



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 el hogar pero que no necesitan estar en el hospital.

Defensor del pueblo (Ombudsman): una oficina en su estado que trabaja como defensora en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarlo a comprender qué hacer. Los servicios del defensor del pueblo son gratuitos. Puede encontrar más información 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 nuestros proveedores, deciden si los servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos. A las determinaciones de la organización se les conoce como "decisiones de cobertura". El **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* explica las decisiones de cobertura.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido 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. En Original Medicare, los servicios se cubren mediante el pago a médicos, hospitales y a otros proveedores de atención médica que el Congreso determina.

- 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 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- farmacias fuera de la red a menos que apliquen algunas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro médico fuera de la red: un proveedor o centro que no es empleado, no es propiedad ni está operado por nuestro plan y no tiene contrato para

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.º 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



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 costo compartido para que los miembros paguen parte de los servicios o medicamentos que reciben también se llama requisito de "gastos de bolsillo". Consulte la definición de "costos compartidos" anterior.

Medicamentos de venta libre (OTC): los medicamentos de venta libre son 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 de atención preventiva: atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando el tratamiento tiene más probabilidades de funcionar (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor de la red a quien consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. 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 médica.

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.º 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



Autorización previa (PA): una aprobación que usted debe obtener de nuestra parte antes de recibir un servicio o medicamento específicos o usar a 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 nuestra autorización previa (PA).

- Los servicios cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan están marcados en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si usted obtiene 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 conjuntamente los beneficios de Medicare y Medicaid para personas mayores de 55 años que necesitan un mayor nivel de atención para vivir en su hogar.

Prótesis y aparatos ortopédicos: dispositivos médicos recetados por su médico u otro proveedor de atención médica que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; prótesis de extremidades; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomías y 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 paga a la QIO para que supervise y mejore la atención prestada a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para obtener información sobre la QIO.

Límites a la cantidad: un límite en la cantidad de medicamento que puede obtener. 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 afiliados pueden buscar información completa, oportuna, clínicamente apropiada, específica para cada afiliado sobre los medicamentos cubiertos y los beneficios. Incluye los montos de los costos compartidos, los 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 aprobación de su proveedor de atención primaria (PCP)

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.º 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



para utilizar un proveedor que no sea su PCP. Si no obtiene la aprobación primero, 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. 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. Los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, 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 centro 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 centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención en un centro 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 aprobamos, o si no continuamos pagando un servicio de Healthy Connections Medicaid que ya tiene, puede solicitar una audiencia estatal. Si la audiencia estatal se decide a su favor, debemos brindarle el servicio que solicitó.

Terapia escalonada: una norma de cobertura que requiere que pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.

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 de 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 médica de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no pueda acudir a

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.º 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



ellos por razones de tiempo, lugar o circunstancias, o cuando no sea posible o razonable obtener los servicios de los proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan y necesite atención médica inmediata por una afección imprevista, pero no se trate de una emergencia médica).

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.º 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



Servicios al Miembro de First Choice VIP Care

LLAME AL	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

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.º 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

