



Enero 1 - diciembre 31, 2024

Evidencia de cobertura

Sus Beneficios y servicios médicos de Medicare y la Cobertura de medicamentos con receta como Miembro de:

Devoted PREMIUM Florida (HMO)

Sus beneficios y servicios de salud y su cobertura de medicamentos con receta de Medicare como miembro de *Devoted PREMIUM Florida (HMO)*

Este documento incluye información sobre su cobertura de servicios de salud y medicamentos con receta de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024. En él se explica cómo solicitar la cobertura para los servicios de salud y medicamentos con receta que necesita. **Es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con el Servicio para miembros al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, y de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. los sábados, del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.

Esta cobertura, *Devoted PREMIUM Florida (HMO)*, es ofrecida por *Devoted Health*. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa *Devoted Health*. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa *Devoted PREMIUM Florida (HMO)*).

Este documento está disponible en inglés y español de forma gratuita.

Si necesita información en un idioma o formato diferente (como braille o letra grande) o si necesita ayuda, llámenos al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711.

Los beneficios, la prima, el deducible o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025.

La lista de medicamentos aprobados, la red de farmacias o la red de prestadores de servicios médicos pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos sobre los cambios a los inscritos afectados con al menos 30 días de anticipación.

En este documento se explican sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender lo siguiente:

- La prima del plan y los costos compartidos
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o un tratamiento
- Cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita más ayuda
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare

H1290_24M62_C

Índice**Evidencia de cobertura de 2024****Índice**

Capítulo 1	Primeros pasos como miembro	7
	SECCIÓN 1 Introducción	8
	SECCIÓN 2 ¿Qué le hace elegible para ser un miembro del plan?	9
	SECCIÓN 3 Materiales importantes que recibirá en relación con la membresía	11
	SECCIÓN 4 Los costos mensuales de Devoted PREMIUM Florida (HMO)	13
	SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	16
	SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizado el registro de membresía del plan	18
	SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	19
Capítulo 2	Números de teléfono y recursos importantes	21
	SECCIÓN 1 Devoted PREMIUM Florida (HMO) contactos (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo ponerse en contacto con el Servicio para miembros)	22
	SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	28
	SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	30
	SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad	31
	SECCIÓN 5 Seguro Social	32
	SECCIÓN 6 Medicaid	33
	SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	34
	SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios	37
	SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico que le ofrece un empleador?	37
Capítulo 3	Cómo usar el plan para sus servicios médicos	38
	SECCIÓN 1 Información sobre cómo obtener su atención médica como miembro de nuestro plan	39
	SECCIÓN 2 Consulte a proveedores de la red del plan para obtener atención médica	41

Índice

	SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o una necesidad urgente de atención o durante una catástrofe	46
	SECCIÓN 4	¿Qué sucederá si se le factura directamente el costo total de sus servicios cubiertos?	49
	SECCIÓN 5	¿Qué cobertura tienen los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?	49
	SECCIÓN 6	Reglas para recibir atención en un centro religioso no médico dedicado a la salud	52
	SECCIÓN 7	Reglas de propiedad de equipo médico duradero	53
Capítulo 4	Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)		55
	SECCIÓN 1	Información sobre los costos de desembolso para servicios cubiertos	56
	SECCIÓN 2	Use el <i>Cuadro de beneficios médicos</i> para saber qué está cubierto y cuánto pagará.	58
	SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	145
Capítulo 5	Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D		150
	SECCIÓN 1	Introducción	151
	SECCIÓN 2	Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan	151
	SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben figurar en la “Lista de medicamentos” del plan.	156
	SECCIÓN 4	Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	158
	SECCIÓN 5	¿Qué sucederá si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted desea?	160
	SECCIÓN 6	¿Qué sucederá si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?	163
	SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	165
	SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	167
	SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	167
	SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad farmacológica y control de medicamentos	169
Capítulo 6	Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D		172

Índice

	SECCIÓN 1	Introducción	173
	SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentra cuando recibe el medicamento.	176
	SECCIÓN 3	Le enviamos informes en los que se explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra.	176
	SECCIÓN 4	Durante la etapa de deducibles, usted paga el costo total de sus medicamentos de nivel 5 3	178
	SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte del costo de los medicamentos que le corresponde, y usted, la suya.	178
	SECCIÓN 6	Los costos en la Etapa de interrupción en la cobertura	184
	SECCIÓN 7	Durante esta Etapa de cobertura en situación catastrófica, el plan paga el costo total de sus medicamentos con cobertura de la Parte D.	185
	SECCIÓN 8	Información adicional sobre beneficios	185
	SECCIÓN 9	Vacunas de la Parte D. Lo que paga depende de cómo las obtenga y dónde las reciba	185
Capítulo 7		Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos	188
	SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos	189
	SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le reembolsemos una factura que recibió	191
	SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos	192
Capítulo 8		Sus derechos y responsabilidades	194
	SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sus sensibilidades culturales como miembro del plan	195
	SECCIÓN 2	Tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan	201
Capítulo 9		Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	203
	SECCIÓN 1	Introducción	204
	SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	205
	SECCIÓN 3	Para abordar un problema, ¿qué proceso debe seguir?	205
	SECCIÓN 4	Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	206

Índice

SECCIÓN 5	Su atención médica: cómo solicitar o apelar una decisión de cobertura	209
SECCIÓN 6	Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	217
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía en el hospital más prolongada si usted considera que le dan el alta demasiado pronto	227
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura finalizará demasiado pronto	234
SECCIÓN 9	Cómo proceder a una apelación de Nivel 3 o superior	240
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras cuestiones	243
Capítulo 10	Cancelación de su membresía en el plan	248
SECCIÓN 1	Introducción a la cancelación de la membresía en nuestro plan	249
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	249
SECCIÓN 3	¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	252
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo artículos, servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.	252
SECCIÓN 5	Devoted PREMIUM Florida (HMO) debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones	253
Capítulo 11	Avisos legales	255
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley vigente	256
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	256
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	256
SECCIÓN 4	Aviso adicional acerca de la subrogación (Recuperación de un tercero)	257
SECCIÓN 5	Aviso de coordinación de beneficios	257
Capítulo 12	Definiciones de palabras importantes	261

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 **Está inscrito en Devoted PREMIUM Florida (HMO) que es un plan HMO de Medicare.**

- Usted tiene cobertura de Medicare y decidió recibir su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos con receta a través de nuestro plan, Devoted PREMIUM Florida (HMO). Debemos brindar cobertura para todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los prestadores de este plan difieren de los de Original Medicare.
- Hay diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Devoted PREMIUM Florida (HMO) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y gestionado por una empresa privada.

La cobertura conforme a este plan cumple con los requisitos de cobertura médica elegible (Qualifying Health Coverage, QHC) y con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en:

www.irs.gov/es/affordable-care-act/individuals-and-families para obtener más información.

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

Este documento de *Evidencia de Cobertura* le indica cómo obtener su atención médica y medicamentos con receta. Explica sus derechos y responsabilidades, qué tiene cobertura, qué paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o un tratamiento.

Las palabras *cobertura* y *servicios con cobertura* se refieren a la atención médica y los servicios y medicamentos con receta que usted tiene disponibles como miembro de Devoted PREMIUM Florida (HMO).

Es importante que sepa cuáles son las normas de la cobertura y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que aparte un poco de tiempo para leer este documento de *Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio para miembros.

Capítulo 1 : Primeros pasos como miembro**Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura***

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Devoted PREMIUM Florida (HMO) cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos con cobertura (Lista de medicamentos aprobados)* y cualquier aviso que reciba de parte nuestra acerca de cambios en su cobertura o condiciones que la afecten. Estos avisos a veces se denominan *cláusulas adicionales o enmiendas*.

El contrato es válido durante los meses en los que esté inscrito Devoted PREMIUM Florida (HMO) entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Devoted PREMIUM Florida (HMO) después del 31 de diciembre de 2024. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio u ofrecerlo en un área de servicio diferente después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de servicios de Medicare & Medicaid) tiene que aprobar Devoted PREMIUM Florida (HMO) todos los años. Usted puede seguir recibiendo cobertura de Medicare cada año como miembro de nuestro plan siempre y cuando decidamos seguir ofreciendo la cobertura y Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué le hace elegible para ser un miembro del plan?**Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad**

Usted reúne los requisitos para ser asegurado de nuestra cobertura siempre y cuando cumpla con lo siguiente:

- Debe tener Medicare Parte A y B.
- -- y -- debe vivir dentro de nuestra área geográfica de servicios (en la Sección 2.2 a continuación, se describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.
- -- y -- debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o encontrarse de manera legal en los Estados Unidos.

Capítulo 1 : Primeros pasos como miembro**Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan para Devoted PREMIUM Florida (HMO)**

Devoted PREMIUM Florida (HMO) está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio. A continuación, se describe el área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye el o los siguientes condados en Florida: **Palm Beach.**

Ofrecemos cobertura en varios estados y otros condados en Florida. No obstante, pueden existir diferencias de costo o de otro tipo entre los planes que ofrecemos en cada estado o condado. Si se muda fuera del estado y va a un estado que todavía está dentro de nuestra área de servicio, debe llamar a Servicio para miembros para actualizar su información.

Si tiene previsto mudarse fuera del área de servicio, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicio para miembros para saber si ofrecemos algún plan en su área nueva. Cuando se mude, tendrá un Período especial de inscripción que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en algún plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

Si se muda o cambia de dirección postal, también es importante que llame al Seguro Social para informarlo. Podrá encontrar números de teléfono e información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

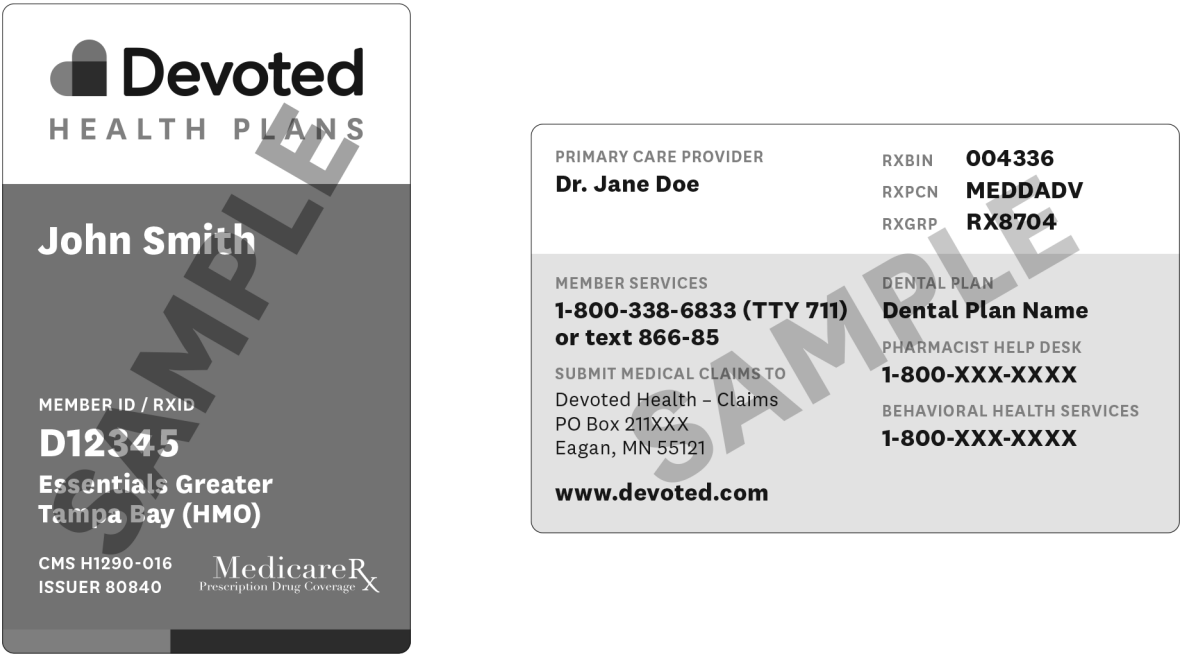
Sección 2.3 Ciudadano de los Estados Unidos de Norteamérica o con Presencia Legal

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser un ciudadano de los Estados Unidos de Norteamérica o encontrarse de manera legal en ese país. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Devoted PREMIUM Florida (HMO) si no es elegible para seguir siendo un miembro según estos requisitos. Devoted PREMIUM Florida (HMO) debe cancelar la inscripción si usted no cumple con estos requisitos.

SECCIÓN 3 Materiales importantes que recibirá en relación con la membresía

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, tiene que usar su tarjeta de miembro siempre que reciba cualquier servicio cubierto por el plan y para surtir los medicamentos con receta en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. En este ejemplo de tarjeta de miembro del plan, se le muestra cómo sería la suya:



NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de Devoted PREMIUM Florida (HMO), quizás deba pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Quizás se le pida que la muestre si necesita servicios hospitalarios o cuidados paliativos, o si desea participar en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos.

Si su tarjeta de miembro del plan está dañada, se le perdió o se la robaron, llame a Servicio para miembros de inmediato y le enviaremos una nueva.

Sección 3.2 El *Directorio de proveedores de servicios médicos y farmacias de Devoted Health*

En el *Directorio de prestadores de servicios médicos y farmacias de Devoted Health* se detallan los prestadores de servicios médicos y las farmacias que forman parte de la red actualmente.

Los **prestadores de servicios médicos de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos de médicos, hospitales y otros centros de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestros pagos y los costos compartidos del plan como pago total.

Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han acordado surtir medicamentos con receta para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de prestadores de servicios médicos y farmacias de Devoted Health* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

Debe acudir a proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar el total de los servicios recibidos. Las únicas excepciones son los casos de emergencia, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis que se brindan fuera del área y los casos en que Devoted PREMIUM Florida (HMO) autorice el uso de proveedores de servicios médicos fuera de la red. Si no tiene su copia del *Directorio de prestadores de servicios médicos y farmacias Devoted Health*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) al Servicio para miembros. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.devoted.com o descargarla de este sitio web. Tanto el Servicio para miembros como el sitio web le pueden otorgar la información más actualizada acerca de los cambios en los prestadores de servicios médicos y farmacias de la red.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos con cobertura (Lista de medicamentos aprobados)*. La denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Le indica qué medicamentos con receta de la Parte D tienen cobertura en virtud del beneficio de la Parte D de Devoted PREMIUM Florida (HMO). El plan elige los medicamentos de esta lista con ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la “Lista de medicamentos” de Devoted PREMIUM Florida (HMO).

La “Lista de medicamentos” también informa si existen reglas que restringen la cobertura de sus medicamentos.

Capítulo 1 : Primeros pasos como miembro

Le proporcionaremos una copia de la "Lista de medicamentos".Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos tienen cobertura, puede visitar el sitio web del plan (www.devoted.com) o llamar al Servicio para miembros.

SECCIÓN 4 Los costos mensuales de Devoted PREMIUM Florida (HMO)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Monto de ajuste mensual acorde al ingreso (Sección 4.4)

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

El programa “Ayuda Adicional” asiste a las personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos. La Sección 2 del Capítulo 7 proporciona más información sobre este programa. Si califica, la inscripción en el programa podría reducir la prima del plan mensual.

Si *ya se inscribió* en uno de estos programas y recibe ayuda, **es posible que la información sobre las primas incluida en esta Evidencia de Cobertura no se aplique a usted**.Le enviamos un anexo por separado, denominado *Evidencia de Cobertura para las personas que reciben "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos con receta* (también denominado Cláusula para subsidio por bajos ingresos o Cláusula LIS), que le informa acerca de la cobertura de sus medicamentos.Si usted no tiene este anexo, llame al Servicio para miembros y pida la Cláusula LIS.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare difieren según los ingresos de las personas.Si tiene preguntas sobre estas primas, consulte la sección titulada *2024Costos de Medicare* de su copia del manual *Medicare & You (Medicare y usted)2024*.Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (es.medicare.gov).También puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan.Para el 2024, la prima mensual Devoted PREMIUM Florida (HMO) es \$21.90. Si recibe "Ayuda Adicional", esta prima se pagará en su nombre.

Capítulo 1 : Primeros pasos como miembro**Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare**

A muchos miembros se les exige pagar otras primas de Medicare.

Además de pagar la prima mensual del plan, **debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.** Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A que alcanza a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una multa por inscripción **tardía en la Parte D.** La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si, en cualquier momento después de que finalice su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en el que usted no tenía la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable. Cobertura de medicamentos con receta acreditable significa que la cobertura cumple con los estándares mínimos de Medicare dado que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a la prima mensual. Cuando se inscribe por primera vez en Devoted PREMIUM Florida (HMO), le informamos el monto de la multa.

No tendrá que pagarla si:

- Usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Usted ha tenido cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o su departamento de Recursos Humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información puede enviarse en una carta o incluirse en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, ya que es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos con receta acreditable que se espera que pague tanto como paga el plan de medicamentos con receta estándar de Medicare.
 - **Nota:** Las siguientes *no* son coberturas de medicamentos con receta acreditables: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos para medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. Aquí se lo explicamos:

Capítulo 1 : Primeros pasos como miembro

- Si usted pasó 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos que usted no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior. Para 2024, este monto de prima promedio es de \$34.70.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa por la prima mensual promedio y luego lo redondea a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por \$34.70, lo que equivale a \$4.86. Esto se redondea en \$4.90. Este monto se agregaría **a la prima mensual para alguien con una multa por inscripción tardía en la Parte D.**

Hay tres cosas importantes que debe tener en cuenta acerca de esta multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **continuará pagando una multa** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años de edad, su multa por inscripción tardía en la Parte D se basará únicamente en los meses en que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, usted debe solicitar esta revisión en el **transcurso de 60 días** a partir de la fecha que figura en la primera carta que reciba que le indica que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si usted pagaba una multa antes de unirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de dicha multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual acorde al ingreso

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como el Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado, según lo informado en su declaración anual de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto está por encima de un monto determinado, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que podría tener que pagar en función de sus ingresos, visite

Capítulo 1 : Primeros pasos como miembro

<https://es.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social y no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le informará el monto de la suma adicional. El monto adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague normalmente la prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficio no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima del plan mensual. Si no paga el monto adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

Si no está de acuerdo con pagar un monto adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Existen varias maneras en las que puede pagar la prima de su plan

Hay 4 formas en las que puede pagar las primas de su plan. Si recibe "Ayuda Adicional", esta prima se pagará en su nombre.

Si desea cambiar su opción de pago, llame al Servicio para miembros al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711.

Si decide modificar la forma en la que paga su prima, puede demorar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de garantizar que la prima de su plan se pague en tiempo y forma.

Opción 1: Pagar con cheque

Puede pagar con cheque utilizando la factura y el sobre que le enviaremos. Si elige esta opción, su factura se genera el día 3 de cada mes, o alrededor de esa fecha, y el pago de la prima del plan o de la multa por inscripción tardía en la Parte D vence en el momento de su recepción. Su prima/multa por inscripción tardía en la Parte D vencerá mensualmente.

Por favor, asegúrese de seguir estos pasos para que no haya demoras en el procesamiento de sus pagos:

- Haga su cheque a Devoted Health. También puede usar un giro postal si no tiene una cuenta de cheques.

Capítulo 1 : Primeros pasos como miembro

- Incluya siempre la factura junto con su pago y use el sobre de respuesta. Si no utiliza el sobre de respuesta, envíe su pago a la siguiente dirección:

Devoted Health, Inc.
P.O. Box 29033
Phoenix, AZ 85038

- Escriba el número de miembro en su cheque. Puede encontrar su número de identificación de miembro en la esquina superior derecha de su factura.
- Si el pago es para varios miembros o cuentas, escriba todos los números de miembro en su cheque, así como el monto del pago previsto para cada uno.
- Si otra persona paga por usted, asegúrese de que su nombre y número de miembro de Devoted Health estén escritos en el cheque.

Si desea pagar más de un mes de prima, solo envíe todos los pagos que desea pagar a la vez y pague el monto total. Devoted PREMIUM Florida (HMO) no puede procesar pagos en efectivo; envíe el pago en forma de cheque o giro postal. Recuerde: no emita ni envíe cheques a los Centros de Medicare y Medicaid o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. porque eso causaría una demora y el pago por su multa por inscripción tardía en la Parte D podría demorarse. Si necesita ayuda, llame al Servicio para miembros al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711.

Opción 2: Pagar con tarjeta de crédito o débito

Puede pagar la prima mensual de su plan con una tarjeta de crédito o débito ingresando en nuestro portal para miembros en línea en my.devoted.com/es.

Cada vez que venza su prima, puede iniciar sesión y realizar un pago único utilizando cualquier tarjeta de crédito o débito con el logotipo de Visa o Mastercard, o cualquier tarjeta de crédito Discover o American Express.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a la Guía al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833), TTY 711.

Opción 3: Que le descuenten la prima del plan de su cheque mensual de la Junta de Retiro Ferroviario

Le pueden descontar la prima del plan de su cheque mensual de la Junta de Retiro Ferroviario. Puede comunicarse con el Servicio para miembros al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711 para obtener más información sobre cómo pagar la prima del plan de esta manera. Con gusto lo ayudaremos a establecer esta modalidad.

Opción 4: Le pueden descontar la prima del plan de su cheque mensual del Seguro social**Cambiar la forma en que paga su prima.**

Si decide modificar la forma en la que paga su prima, puede demorar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo

Capítulo 1 : Primeros pasos como miembro

método de pago, usted es responsable de garantizar que la prima de su plan se pague en tiempo y forma. Si desea cambiar su opción de pago de la prima, llame al Servicio para miembros al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711.

Qué debe hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan

Debemos recibir su pago de la prima de su plan en nuestra oficina tras la recepción de la factura.

Si tiene problemas para pagar la prima de forma oportuna, comuníquese con el Servicio para miembros para ver si podemos dirigirlo a los programas que lo ayudarán con sus costos.

Sección 5.2 ¿Podemos modificar su prima mensual del plan durante el año?

No. No tenemos autorización para modificar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. En septiembre, le informaremos si el año próximo cambia la prima mensual del plan. Este cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

No obstante, en algunos casos, la parte de la prima que usted debe pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si se vuelve elegible para el programa de “Ayuda adicional” o si pierde la elegibilidad para el programa de “Ayuda adicional” durante el año. Si un miembro califica para la “Ayuda adicional” por los costos de los medicamentos con receta, el programa pagará parte de la prima mensual del plan que debe pagar el miembro. Un miembro que pierde la elegibilidad durante el año, deberá empezar a pagar su prima mensual completa. Puede averiguar más sobre el programa de “Ayuda adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizado el registro de membresía del plan

El registro de membresía tiene información procedente de su formulario de inscripción, incluida su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica, incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros prestadores de servicios médicos en la red de la cobertura deben tener información correcta sobre usted. **Estos prestadores de servicios médicos de la red utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos tienen cobertura y los montos de los costos compartidos para usted.** Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios de cualquier otra cobertura de seguro de gastos médicos que tenga (por ejemplo, de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, indemnización del trabajador o Medicaid)

Capítulo 1 : Primeros pasos como miembro

- Si tiene alguna demanda de responsabilidad, como por ejemplo un accidente automovilístico
- Si ha sido ingresado en un asilo
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si cambia su parte responsable designada (por ejemplo, un cuidador)
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** no está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero le animamos a que lo haga)

Si alguna de esta información cambia, háganoslo saber por teléfono al Servicio para miembros.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para informarlo. Podrá encontrar números de teléfono e información de contactos del Seguro Social en la Sección 2 del Capítulo 5.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Medicare requiere que recopilemos información suya sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otro tipo de cobertura que tenga con sus beneficios incluidos en nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez por año, le enviaremos una carta que incluye cualquier otro tipo de cobertura médica o de medicamentos de la que tengamos conocimiento. Revise esta información detalladamente. Si es correcta, no debe hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no está incluida, llame al Servicio para miembros. Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando usted tiene otro seguro (como cobertura de salud grupal del empleador), Medicare establece reglas que deciden si nuestro plan, o su otro seguro, paga primero. El seguro que paga primero se denomina pagador principal y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, llamado pagador secundario, solo paga si quedan costos sin cubrir por la cobertura principal. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos sin cobertura. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas se aplican a la cobertura del plan de salud del empleador o del grupo sindical:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, el número de personas empleadas por su empleador y si tiene Medicare en función de su edad, discapacidad o enfermedad renal terminal (ERT):

Capítulo 1 : Primeros pasos como miembro

- Si tiene menos de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia aún están trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores que tiene más de 100 empleados.
- Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge o pareja de hecho siguen trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores que tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a ERT, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios para los pulmones negros
- Compensación de los trabajadores

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por servicios con cobertura de Medicare. Solo pagan después de que Medicare, los planes de salud grupales del empleador o Medigap hayan pagado.

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1

Devoted PREMIUM Florida (HMO) contactos
(cómo ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo
ponerse en contacto con el Servicio para miembros)

Cómo ponerse en contacto con Servicios para Miembros de nuestro plan

Para recibir asistencia con quejas, facturaciones o preguntas sobre tarjetas de miembros, llame o escriba a Servicios para Miembros del Devoted PREMIUM Florida (HMO). Nos complacerá ayudarlo.

Método	Servicios para miembros – Información de contacto:
LLAMADA	1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) Las llamadas a estos números son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y sábados de 8 a. m. a 5 p. m, del 1 de abril al 30 de septiembre Los servicios para miembros incluyen servicios de interpretación lingüística disponible para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a estos números son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y sábados de 8 a. m. a 5 p. m, del 1 de abril al 30 de septiembre
FAX	1-877-234-9988
ESCRIBA	Devoted Health, Inc. P.O. Box 211037 Eagan, MN 55121
TEXTO	866-85
SITIO WEB	www.devoted.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica

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

Capítulo 2 : Números de teléfono y recursos importantes

Método	Decisiones de cobertura para atención médica – Información de contacto:
LLAMADA	1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) Las llamadas a estos números son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y sábados de 8 a. m. a 5 p. m, del 1 de abril al 30 de septiembre Los servicios para miembros incluyen servicios de interpretación lingüística disponible para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a estos números son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y sábados de 8 a. m. a 5 p. m, del 1 de abril al 30 de septiembre
FAX	1-877-264-3872
ESCRIBA	Devoted Health P.O. Box 211037 Eagan, MN 55121
SITIO WEB	www.devoted.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica

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

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre una de nuestras farmacias o prestadores de servicios médicos de la red, incluidas quejas sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica controversias de cobertura o pago. Para obtener más información acerca de cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Capítulo 2 : Números de teléfono y recursos importantes

Método	Apelaciones y quejas sobre la atención médica - Información de contacto:
LLAMADA	1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) Las llamadas a estos números son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y sábados de 8 a. m. a 5 p. m., del 1 de abril al 30 de septiembre Los servicios para miembros incluyen servicios de interpretación lingüística disponible para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a estos números son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y sábados de 8 a. m. a 5 p. m., del 1 de abril al 30 de septiembre
FAX	1-877-358-0711
ESCRIBA	Devoted Health - Appeals and Grievances P.O. Box 21327 Eagan, MN 55121
SITIO WEB	www.devoted.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Usted puede presentar una queja contra Devoted PREMIUM Florida (HMO) directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos con receta de la Parte D. Para obtener más información acerca de cómo solicitar decisiones de cobertura sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos con receta de la Parte D

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

Capítulo 2 : Números de teléfono y recursos importantes

Método	Decisiones sobre cobertura y apelaciones asociadas a medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto:
LLAMADA	1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) Las llamadas a estos números son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y sábados de 8 a. m. a 5 p. m., del 1 de abril al 30 de septiembre Los servicios para miembros incluyen servicios de interpretación lingüística disponible para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a estos números son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y sábados de 8 a. m. a 5 p. m., del 1 de abril al 30 de septiembre
FAX	1-855-633-7673
ESCRIBA	CVS Caremark Coverage Determinations/Exceptions P.O. Box 52066, MC109 Phoenix, AZ 85072-2066
SITIO WEB	www.devoted.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D

Puede presentar una queja ante nosotros o ante una de nuestras farmacias de la red, incluidas las quejas sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica controversias de cobertura o pago. Para obtener más información acerca de cómo presentar una queja sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Capítulo 2 : Números de teléfono y recursos importantes

Método	Quejas asociadas a medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto:
LLAMADA	1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) Las llamadas a estos números son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y sábados de 8 a. m. a 5 p. m., del 1 de abril al 30 de septiembre Los servicios para miembros incluyen servicios de interpretación lingüística disponible para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a estos números son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y sábados de 8 a. m. a 5 p. m., del 1 de abril al 30 de septiembre
FAX	1-866-217-3353
ESCRIBA	CVS Caremark Medicare Part D Grievance Department P.O. Box 30016 Pittsburgh, PA 15222-0330
SITIO WEB DE MEDICARE	Usted puede presentar una queja contra Devoted PREMIUM Florida (HMO) directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

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

Si recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta lo siguiente: Si envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) para obtener más información.

Capítulo 2 : Números de teléfono y recursos importantes

Método	Solicitudes de pago de atención médica – Información de contacto:
ESCRIBA	Devoted Health ATTN: Member Reimbursements P.O. Box 211524 Eagan, MN 55121
SITIO WEB	https://www.devoted.com/paymeback/

Método	Solicitud de pago de servicios dentales – Información de contacto:
ESCRIBA	LIBERTY Dental Plan Attn: Claims P.O. Box 26110 Santa Ana, CA 92799
SITIO WEB	www.devoted.com

Método	Solicitudes de pago de la parte D – Información de contacto:
LLAMADA	1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) Las llamadas a estos números son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y sábados de 8 a. m. a 5 p. m., del 1 de abril al 30 de septiembre Los servicios para miembros incluyen servicios de interpretación lingüística disponible para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a estos números son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y sábados de 8 a. m. a 5 p. m., del 1 de abril al 30 de septiembre
FAX	1-855-230-5549
ESCRIBA	CVS Caremark Medicare Part D Paper Claim P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066
SITIO WEB	www.devoted.com/drug-reimbursement

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare es el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamado CMS). Esta agencia contrata a organizaciones de Medicare Advantage, incluida nuestra organización.

Capítulo 2 : Números de teléfono y recursos importantes

Método	Medicare – Información de contacto:
LLAMADA	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a estos números son gratuitas. 24 horas del día, 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere de equipo telefónico especializado y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a estos números son gratuitas.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Aquí encontrará información actualizada sobre Medicare y los asuntos actuales de Medicare. También encontrará información sobre hospitales, asilos de ancianos, médicos, agencias de atención médica en el hogar y centros de diálisis. El sitio incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. Además, el sitio web de Medicare tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • Herramienta de elegibilidad para Medicare: brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • Buscador de planes de Medicare: brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare disponibles, los planes de salud de Medicare y los planes Medigap (seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan una <i>estimación</i> de cuáles podrían ser sus costos de desembolso en diferentes planes de Medicare. También puede usar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Devoted PREMIUM Florida (HMO): • Informe a Medicare sobre su queja: puede presentar una queja sobre Devoted PREMIUM Florida (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para adultos mayores de su área pueden ayudarlo a visitar este sitio web con una de sus computadoras. También puede llamar a Medicare y decirles qué información busca. Ellos encontrarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

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

El Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, el SHIP se llama Florida SHINE (Serving Health Insurance Needs of Elders).

Florida SHINE (Serving Health Insurance Needs of Elders) es un programa estatal independiente (no vinculado a ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

Los asesores de Florida SHINE (Serving Health Insurance Needs of Elders) pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, ayudarle a presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento, y ayudarle a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de Florida SHINE (Serving Health Insurance Needs of Elders) también pueden ayudarle con preguntas o problemas de Medicare y ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (Haga clic en SHIP LOCATOR (LOCALIZADOR DE SHIP) en el centro de la página)
- Haga clic en **Talk to Someone** (Hablar con alguien) en el centro de la página de inicio
- Ahora tiene las siguientes opciones
 - Opción 1: Puede tener un chat **en directo con un representante de 1-800-MEDICARE**
 - Opción 2: Puede seleccionar su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en GO (IR). Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Capítulo 2 : Números de teléfono y recursos importantes

Método	Florida SHINE (Serving Health Insurance Needs of Elders) – Información de contacto:
LLAMADA	1-800-963-5337
TTY	1-800-955-8770 Este número requiere de equipo telefónico especializado y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA	SHINE Program, Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000 information@elderaffairs.org
SITIO WEB	www.floridashine.org

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad

Hay una Organización para la Mejora de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Florida, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Florida Kepro.

Florida Kepro cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes Medicare les paga para que verifiquen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas inscritas en Medicare. Florida Kepro es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con Florida Kepro en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja respecto de la calidad de la atención que ha recibido.
- Cree que la cobertura de su estadía hospitalaria finaliza demasiado pronto.
- Cree que la cobertura de la atención médica en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finaliza demasiado pronto.

Capítulo 2 : Números de teléfono y recursos importantes

Método	Florida Kepro – Información de contacto:
LLAMADA	1-888-317-0751
TTY	1-855-843-4776 Este número requiere de equipo telefónico especializado y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA	Kepro 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	https://www.keproqio.com/bene/statepages/florida

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de gestionar las solicitudes de cobertura en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y residentes permanentes legales mayores de 65 años de edad, o que padezcan una discapacidad o una enfermedad renal en etapa terminal y cumplan con determinados problemas de salud, son elegibles para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la solicitud de cobertura en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, tiene que solicitar cobertura en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro social o dirigirse a su oficina local del Seguro social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar un monto adicional para la cobertura de medicamentos de la Parte D por tener ingresos más altos. Si recibió una carta del Seguro Social en la que se le informa que tiene que pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron debido a un acontecimiento importante de su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para informárselo.

Capítulo 2 : Números de teléfono y recursos importantes

Método	Seguro Social – Información de contacto:
LLAMADA	1-800-772-1213 Las llamadas a estos números son gratuitas. Disponible de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere de equipo telefónico especializado y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a estos números son gratuitas. Disponible de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y el gobierno estatal que brinda ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid.

Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas inscritas en Medicare a pagar los gastos de dicho programa, como por ejemplo, sus primas de Medicare. Estos **Programas de Ahorros de Medicare** incluyen los siguientes:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para recibir todos los beneficios de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario Especificado de Bajos Ingresos de Medicare (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir todos los beneficios de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona calificada (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas discapacitadas y trabajadoras calificadas (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con Florida Agency for Health Care Administration (AHCA).

Capítulo 2 : Números de teléfono y recursos importantes

Método	Florida Agency for Health Care Administration (AHCA) – Información de contacto:
LLAMADA	1-888-419-3456 de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. ET
TTY	1-800-955-8771 Este número requiere de equipo telefónico especializado y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA	Agency for Health Care Administration 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308
SITIO WEB	https://ahca.myflorida.com/

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

En el sitio web Medicare.gov (<https://es.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) encontrará información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas que brindan asistencia y se describen a continuación.

Programa “Beneficio adicional” (Extra Help) de Medicare

Medicare proporciona un Beneficio adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta para las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones de la bolsa de valores, pero no su casa ni su automóvil. Si cumple con los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual de cualquier cobertura de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos con receta. Esta “ayuda adicional” también se tiene en cuenta en sus costos de desembolso.

Si cumple automáticamente con los requisitos para recibir “ayuda adicional”, Medicare le enviará una carta por correo. No tendrá que presentar una solicitud. Si no cumple automáticamente con los requisitos, quizás pueda obtener “ayuda adicional” para pagar las primas y los costos de sus medicamentos con receta. Para comprobar si cumple con los requisitos para obtener “ayuda adicional”, llame a este número:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o bien
- Oficina estatal de Medicaid (solicitudes) (consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto).

Capítulo 2 : Números de teléfono y recursos importantes

Si considera que cumple con los requisitos para obtener “ayuda adicional” y que paga un monto incorrecto de costos compartidos cuando surte una receta en la farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para solicitar ayuda a fin de obtener evidencia que demuestre cuál es su nivel de copago correcto o entregárnosla en caso de que ya la tenga.

• Prueba de que ya tiene un estado de "Beneficio adicional"

- Una copia de su tarjeta de Medicaid que indique su nombre y la fecha en que se volvió elegible para el “Beneficio adicional” La fecha debe ser en el mes de julio o posterior del año pasado.
- Una tarjeta de la Administración del seguro social que muestre su estado de “Beneficio adicional” Esta tarjeta podría denominarse como Información importante, Carta de adjudicación, Aviso de cambio o Aviso de acción.
- Una tarjeta de la Administración del seguro social que demuestre que usted recibe un Ingreso suplementario del seguro social. Si ese es el caso, también califica para la “Beneficio adicional”.

• Prueba de que tiene un estado activo de Medicaid

- Una tarjeta de cualquier documento estatal o cualquier impresión del sistema estatal que muestre su estado activo de Medicaid. La fecha activa que se muestra debe ser en el mes de julio o posterior del año pasado.

• Comprobante de pago de Medicaid por una estadía en un centro médico

- Su estadía en el centro médico debe ser de, al menos, un mes completo y durante el mes de julio del año pasado o posterior.
 - Un estado de cuenta del centro que muestre el pago de Medicaid
 - Una copia de cualquier documento estatal o cualquier impresión del sistema estatal que muestre el pago de Medicaid a usted
- Si primero muestra uno de los documentos mencionados anteriormente como prueba en la farmacia, envíenos una copia. Envíe el documento por correo a:

Devoted Health, Inc.

Enrollment

P.O. Box 211157

Eagan, MN 55121

- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando adquiera su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le corresponde pagar, le reembolsaremos la diferencia. Le enviaremos un cheque por el monto del pago en exceso o lo compensaremos mediante copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como una deuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, es posible que le paguemos directamente al estado. Comuníquese con el Servicio para miembros si tiene preguntas.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?**¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?**

Capítulo 2 : Números de teléfono y recursos importantes

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están incluidos en el Formulario de ADAP califican para la asistencia de participación en los costos de medicamentos con receta.

Para el Programa ADAP de la Florida en particular, si usted es VIH positivo y:

- Necesita medicamentos con receta para el VIH/SIDA
- Tiene un ingreso de 400% o menos que el Nivel federal de pobreza
- No tiene seguro o no cuenta con una cobertura adecuada para medicamentos con receta
- No está internado en un hospital, hogar de ancianos, hospicio o centro penitenciario

El ADAP de la Florida puede ayudarlo.

Para inscribirse en el Programa ADAP de la Florida, siga los siguientes pasos:

1. Solicite la elegibilidad
2. Programe su cita para ADAP
3. Inscribese en ADAP
4. Haga surtir sus recetas

Nota: A fin de ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida la prueba de residencia en el estado y el estado de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de no asegurado o asegurado insuficiente. Si cambia de plan, notifique al trabajador de inscripción en ADAP de su área para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al número que figura abajo.

Método	Florida Department of Health ADAP - Información de contacto:
LLAMADA	1-800-352-2437 de lunes a viernes de 8 a.m. a 9 p.m. hora local
TTY	1-888-503-7118 Este número requiere de equipo telefónico especializado y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA	HIV/AIDS Section 4052 Bald Cypress Way Tallahassee, FL 32399 DiseaseControl@flhealth.gov
SITIO WEB	https://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/

Capítulo 2 : Números de teléfono y recursos importantes**SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios**

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

Método	Junta de Retiro Ferroviario – Información de contacto:
LLAMADA	1-877-772-5772 Las llamadas a estos números son gratuitas. Si pulsa “0”, puede hablar con un representante de RRB de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles. Si pulsa “1”, puede acceder a la línea de ayuda automatizada de RRB y a la información registrada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere de equipo telefónico especializado y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a estos números <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov

SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico que le ofrece un empleador?

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador (o el empleador de su cónyuge o pareja de hecho) o grupo de jubilados como parte de este plan, llame al administrador de beneficios de su empleador/sindicato, o al Servicio para miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de sus beneficios médicos (o los de su cónyuge o pareja de hecho), las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho). (Los números de teléfono del Servicio para miembros figuran en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan.

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

CAPÍTULO 3 :

Cómo usar el plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Información sobre cómo obtener su atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo, se explica lo que necesita saber sobre el uso del plan para que su atención médica esté cubierta. Contiene definiciones de términos y se explican las reglas que deberá seguir para obtener tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos con receta y otro tipo de atención médica que cubre el plan.

Para obtener información sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto debe pagar por el costo de dicha atención, use el cuadro de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*).

Sección 1.1 ¿Qué son los prestadores de servicios médicos de la red y los servicios con cobertura?
--

- **Los prestadores de servicios médicos** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para prestar servicios y atención médica. El término prestadores de servicios médicos también abarca hospitales y otros centros de salud.
- Los **prestadores de servicios médicos de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos de médicos, hospitales y otros centros de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestros pagos y su monto de costos compartidos como pago total. Acordamos que estos prestadores de servicios médicos presten los servicios con cobertura a nuestros miembros. Los prestadores de servicios médicos de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le prestan a usted. Al consultar a un prestador de servicios médicos de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **servicios con cobertura** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta con cobertura de nuestro plan. Los servicios con cobertura de atención médica se incluyen en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios con cobertura de medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener atención médica cubierta por el plan
--

Como plan de salud de Medicare, Devoted PREMIUM Florida (HMO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe cumplir las normas de cobertura de Medicare Original.

Devoted PREMIUM Florida (HMO) cubrirá, por lo general, su atención médica siempre y cuando:

Capítulo 3 : Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- **La atención que reciba aparece en el Cuadro de beneficios médicos del plan** (el cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considera médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su problema de salud y que estos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tiene un PCP de la red que le brinda atención y la supervisa.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, el PCP de la red debe brindarle su aprobación por anticipado antes de que usted pueda utilizar otros prestadores de servicios médicos de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Esto se denomina otorgarle una derivación. Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Las derivaciones de su PCP no son necesarias para atención médica de emergencia o servicios de urgencia. También existen otros tipos de atención que puede recibir sin tener la aprobación anticipada de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir su atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagar al proveedor todos los servicios prestados. *Las siguientes son tres excepciones:*
 - El plan cubre atención médica de emergencia o servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Si desea más información al respecto y desea saber qué son los servicios de urgencia y de emergencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Se requiere autorización antes de obtener estos servicios. Llame a Atención al Asegurado al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711 para obtener autorización para estos servicios. Se requiere autorización antes de recibir atención fuera de la red (excepto para emergencias médicas, en cuyo caso debe comunicarse después de haberse estabilizado). En esta situación, pagará el mismo monto que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información acerca de cómo obtener una aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando el proveedor que le presta este servicio no esté disponible o sea inaccesible temporalmente. El costo compartido que paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual dentro de la red para diálisis

Capítulo 3 : Cómo usar el plan para sus servicios médicos

no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Consulte a proveedores de la red del plan para obtener atención médica

Sección 2.1 Debe elegir un Proveedor de atención primaria (PCP) para que le proporcione y supervise su atención médica
--

¿Qué es un PCP y qué hace por usted?

Un PCP es su proveedor de atención primaria. Cuando usted pasa a ser un miembro de nuestro plan, tiene que elegir a un prestador de servicios médicos del plan para que sea su PCP. Su PCP es un prestador de servicios médicos que cumple con los requisitos del estado y está capacitado para brindarle atención médica básica. Su PCP le proporcionará atención de rutina o básica. Su PCP también puede coordinar el resto de los servicios con cobertura que recibe como miembro de nuestro plan. En la mayoría de los casos, deberá contar con la aprobación de su PCP para ver a un especialista (esto se denomina obtener una derivación a un especialista). Su PCP le proporcionará la mayor parte de su atención y puede ayudarle a arreglar o coordinar el resto de los servicios con cobertura que recibe como miembro de nuestro plan. Esto incluye lo siguiente:

- Radiología (por ejemplo, radiografías o resonancias magnéticas)
- Análisis de laboratorio
- Terapias (por ejemplo, Terapia física)
- Atención de médicos especialistas
- Procedimientos ambulatorios
- Admisiones hospitalarias (excepto cuando se trate de una emergencia; consulte la Sección 3.1 de este capítulo)
- Atención de seguimiento después de una hospitalización o procedimiento

La coordinación de sus servicios incluye controlar o consultar con otros prestadores de servicios médicos del plan acerca de su atención y mejora. Si necesita determinados tipos de servicios o suministros con cobertura, tiene que obtener la aprobación de su PCP por adelantado (como obtener una derivación para consultar a un especialista). En algunos casos, su PCP deberá obtener una autorización previa (aprobación por adelantado) de nosotros. Debido a que su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, debe hacer que se envíen sus expedientes médicos anteriores al consultorio de su PCP. En el Capítulo 8, se explica cómo protegeremos la privacidad de sus expedientes médicos y la información médica personal.

¿Cómo debe elegir su PCP?

Capítulo 3 : Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Si ya tiene un PCP, verifique que su PCP tenga cobertura en la red de Devoted Health al verificar que figure en el Directorio de prestadores de servicios médicos y farmacias de Devoted Health, que está disponible en www.devoted.com. Luego, llame al Servicio para miembros para designarlo oficialmente como su PCP al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711.

Si su PCP actual no está en la red o si no tiene un PCP, puede llamar al Servicio para miembros al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711 si desea ayuda para identificar uno.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP abandone la red de prestadores de servicios médicos de nuestro plan y, en ese caso, deberá buscar un nuevo PCP. Para hacerlo, llame al Servicio para miembros al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711. También puede enviar una solicitud por escrito al Departamento de Servicios para miembros. Podemos ayudarlo a seleccionar un nuevo PCP que sea adecuado para usted o, si ya tiene a alguien en mente, podemos ayudarlo a registrarlo oficialmente.

La fecha en que el cambio de PCP entre en vigencia variará según el momento en que solicite el cambio:

- *Si solicita un cambio el día 9 de un mes o antes y aún no ha visitado a su PCP ese mes:* puede elegir que el cambio entre en vigencia retroactiva el día 1 de ese mes o el día 1 del mes siguiente.
- *Si solicita un cambio a partir del día 10 de un mes o ya ha visto a su PCP ese mes:* el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente.

En determinadas circunstancias, si solicita un cambio el día 10 de un mes o después, es posible que su cambio se haga retroactivo al día 1 de ese mes como una excepción a la política anterior. Estas circunstancias de excepción son:

1. Usted no es un paciente establecido con su PCP actual (no ha visitado a este PCP antes)
2. Su PCP actual ya no forma parte de la red de Devoted Health
3. Devoted Health cometió un error que afectó su selección actual de PCP

Todas las reclamaciones se procesarán en función de quién era su PCP en el momento del servicio. Si necesita atención de especialistas u hospitales, su PCP lo derivará a un especialista u hospital con el que trabaje y puede ayudarlo a coordinar la atención. Si tiene derivaciones abiertas en el momento en que cambia de PCP, asegúrese de obtener una nueva derivación de su nuevo PCP.

Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica puede obtener sin un referido de su PCP?

Puede recibir los servicios mencionados a continuación sin obtener la aprobación anticipada de su médico de atención primaria (PCP).

Capítulo 3 : Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de mamas, mamografías (radiografías de las mamas), examen de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando sean prestados por un prestador de servicios médicos de la red.
- Vacunas contra la gripe, la COVID-19, la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando las administre un prestador de servicios médicos de la red.
- Servicios de emergencia por parte de prestadores de servicios médicos de la red o fuera de la red.
- Los servicios de urgencia son servicios con cobertura que no son de emergencia y se brindan cuando los prestadores de servicios médicos de la red no están disponibles o cuando no es posible acceder a ellos temporalmente, o bien cuando el inscrito se encuentra fuera del área de servicio, por ejemplo, si necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser médicamente necesarios y requerirse de manera inmediata.
- Servicios de diálisis renal recibidos en un centro de diálisis certificado por Medicare si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame al Servicio para miembros antes de abandonar el área de servicio para que podamos coordinar su tratamiento de diálisis de mantenimiento mientras se encuentre fuera del área.
- Servicios quiroprácticos con cobertura de Medicare proporcionados por un prestador de la red
- Servicios para trastornos de salud mental y por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios
- Todos los servicios preventivos con cobertura proporcionados por prestadores de servicios médicos de la red. Estos servicios se indican en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4 con esta imagen:

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

El especialista es un médico que presta servicios de atención médica en relación con una enfermedad o una parte del cuerpo específica. Existen muchas clases de especialistas. A continuación, se presentan algunos ejemplos:

- Los oncólogos tratan a pacientes que padecen cáncer.
- Los cardiólogos tratan a pacientes que padecen enfermedades cardíacas.
- Los ortopedistas tratan a pacientes que padecen determinadas enfermedades óseas, articulares o musculares.

Cuando su PCP considere que necesita tratamiento especializado, le otorgará una derivación (la aprobación de su PCP) para consultar a un especialista u otros prestadores de servicios médicos de nuestra red.

Es importante obtener una derivación (la aprobación de su PCP) por adelantado antes de consultar a un especialista del plan u otros prestadores de servicios médicos (consulte la sección anterior para conocer más detalles sobre las excepciones a esta regla).

Capítulo 3 : Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Si el especialista desea que usted regrese para recibir más atención, verifique primero que la derivación que recibió de su PCP para la primera consulta cubra más consultas al especialista.

Si desea consultar a especialistas específicos, primero averigüe si forman parte de la red de Devoted Health. Cada PCP del plan puede tener ciertos especialistas a quienes prefiere derivar a los pacientes. Esto significa que el PCP que seleccione puede determinar los especialistas que puede ver. Consulte a su PCP.

Los prestadores de servicios médicos de la red son médicos y otros profesionales de atención médica que tienen un acuerdo con Devoted Health para prestar servicios con cobertura a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red pueden ejercer fuera del área de servicio en la que viven los miembros. Los miembros pueden consultar a proveedores de la red independientemente de la ubicación del consultorio si el proveedor acepta Devoted Health de Florida.

No todos los hospitales tienen cobertura del plan. Si hay hospitales específicos a los que desea acudir, primero debe averiguar si el hospital tiene cobertura del plan. Para obtener detalles sobre la atención de emergencia, consulte la Sección 3.1 de este capítulo.

Para algunos tipos de servicios, es posible que su proveedor deba solicitar la aprobación por adelantado de nuestro plan (esto se denomina solicitar una autorización previa). Consulte la Sección 4 del Capítulo 21 para obtener información acerca de qué servicios requieren autorización previa.

¿Qué sucede si un especialista u otro prestador de servicios médicos de la red abandona nuestro plan?

Es posible que realicemos cambios en relación con los hospitales, los médicos y los especialistas (prestadores de servicios médicos) que forman parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista abandona su plan, tiene ciertos derechos y protecciones, que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de prestadores de servicios médicos puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ilimitado a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su prestador de servicios médicos abandona nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar uno nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si ha visto a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros prestadores de servicios médicos abandona nuestro plan, le notificaremos si tiene asignado a ese prestador, recibe actualmente atención de él o lo ha consultado en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo prestador de servicios médicos calificado dentro de la red al que pueda acceder para continuar con la atención.
- Si está recibiendo actualmente un tratamiento médico o terapias con su prestador de servicios médicos actual, tiene derecho a solicitar la continuidad del tratamiento o las terapias médicamente necesarias que esté recibiendo, y nosotros colaboraremos para ello.

Capítulo 3 : Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que pueda tener para cambiar de plan.
- Haremos los arreglos para cualquier beneficio con cobertura médicamente necesario fuera de nuestra red de prestadores de servicios médicos, pero con el costo compartido dentro de la red, cuando un prestador o beneficio dentro de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Sin embargo, se requiere autorización previa del plan y le recomendamos que obtenga una derivación de su PCP antes de recibir atención fuera de la red.
- Si sabe que su médico o especialista está por abandonar su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo prestador de servicios médicos para que administre su atención médica.
- Si cree que no hemos puesto a su disposición un prestador de servicios médicos calificado para reemplazar el anterior o que su atención no se administra de forma adecuada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la Organización de Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO), una queja formal sobre calidad de la atención ante el plan o ambas. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.4 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

En circunstancias limitadas, nuestro plan permitirá que los miembros se atiendan con prestadores de servicios médicos fuera de la red para los servicios con cobertura de Medicare. Estas circunstancias se describen a continuación (y se indican en la Sección 1.2 de este capítulo):

1. Atención médica de urgencia y de emergencia en cualquier parte del mundo. Consulte la Sección 2 del Capítulo 4 (Cuadro de beneficios médicos) para obtener más información.
2. Siempre que se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan, pero permanezca en los Estados Unidos y sus territorios, cubriremos los servicios de diálisis renal en un centro de diálisis certificado por Medicare.
3. En el área de servicio del plan, puede recibir cualquier servicio con cobertura de Medicare que la red de médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica del plan no puedan proporcionar. Sin embargo, se requiere autorización previa del plan y le recomendamos que obtenga una derivación de su PCP antes de recibir atención fuera de la red. (Los prestadores de servicios médicos de la red se describen en la Sección 1.1 de este capítulo). Usted, su PCP o su representante autorizado pueden llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar una autorización previa. Llámenos al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711 (o para conocer otras formas de comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con el Servicio para miembros*)).

En las situaciones anteriores, cuando recibe atención de un prestador de servicios médicos fuera de la red en los EE. UU. o sus territorios, es posible que se le pida que pague más que si recibiera la atención de un profesional de salud de la red. Sin embargo, es posible que estos prestadores de servicios médicos fuera de la red no le facturen con saldo por la diferencia entre lo que cobran

Capítulo 3 : Cómo usar el plan para sus servicios médicos

por los servicios con cobertura de Medicare y lo que el plan les paga, más su monto de costo compartido.(Consulte la Sección 4 del Capítulo 1.3 para obtener una explicación de la factura con saldo).Si un prestador de servicios médicos fuera de la red en los EE. UU. o sus territorios le factura más que el monto de su costo compartido por los servicios con cobertura, envíenos la factura.(Consulte la Sección 7 del Capítulo 2 para obtener instrucciones sobre cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió).

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o una necesidad urgente de atención o durante una catástrofe

Sección 3.1 Obtener atención en caso de emergencia médica**¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer frente a una?**

Una **emergencia médica** se presenta cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad, o pérdida o deterioro grave de una función corporal.Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o un problema de salud que empeora rápidamente.

En caso de que se enfrente a una emergencia médica, haga lo siguiente:

- **Busque ayuda con la mayor rapidez posible.**Llame al 911 para pedir ayuda y diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano.Llame una ambulancia en caso de que la necesite.No es necesario que primero solicite una autorización o una derivación de su PCP.No es necesario que utilice un médico de la red.Puede obtener atención médica de emergencia con cobertura siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red.También tiene cobertura para servicios de urgencias y emergencias en cualquier parte del mundo.
- **Asegúrese lo antes posible de que el plan haya recibido la notificación sobre su emergencia.**Debemos realizar un seguimiento de su atención médica de emergencia.Usted u otra persona debe llamarnos para avisarnos sobre la atención médica de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas.Llámenos al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711 de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, y de 8 a. m. a 5 p. m. los sábados, del 1 de abril al 30 de septiembre para que podamos ayudarle.

¿Qué cobertura tiene en el caso de una emergencia médica?

Capítulo 3 : Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención médica de emergencia decidirán si su afección se estabilizó y si cesó la emergencia médica.

Usted tiene cobertura para recibir servicios de atención médica de emergencia a nivel internacional. Si tiene una emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar los servicios prestados por adelantado. Le reembolsaremos los costos cubiertos hasta el monto establecido por el programa de tarifas de Medicare. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1, o llámenos al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833), TTY 711.

Una vez que haya cesado la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su afección se mantiene estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y planifiquen la atención adicional. El plan cubre atención de seguimiento.

Si la atención médica de emergencia es proporcionada por proveedores fuera de la red, haremos todo lo posible para que los proveedores de la red se hagan cargo de la atención tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan.

¿Qué sucede si no se trataba de una emergencia médica?

En ciertas ocasiones puede resultar difícil darse cuenta de si está frente a una emergencia médica. Por ejemplo, es posible que solicite atención médica de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le comunique que no se trataba de una emergencia médica después de todo. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba siempre y cuando haya creído, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

No obstante, una vez que el médico haya confirmado que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención médica adicional *solo* si usted recibe esta atención adicional en una de estas dos maneras:

- Obtiene la atención adicional a través de un prestador de servicios médicos de la red
- – o – La atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las reglas para obtener esta atención de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2	Obtener atención cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios
--------------------	---

¿Qué son los servicios de urgencia?

Capítulo 3 : Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Un servicio de urgencia es una situación que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un prestador de servicios médicos de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia proporcionados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son i) un dolor de garganta intenso que se produce durante el fin de semana o ii) un brote imprevisto de una afección conocida cuando está temporalmente fuera del área de servicio.

Siempre debe tratar de obtener los servicios de urgencia a través de prestadores de servicios médicos de la red. Sin embargo, si los prestadores de servicios médicos están temporalmente no disponibles o inaccesibles y no resulta razonable esperar para obtener la atención del prestador de servicios médicos de la red cuando esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que usted reciba de un prestador fuera de la red. Si necesita atención médica de urgencia, vaya a cualquier clínica o centro de atención de urgencia.

Cuando no pueda recibir atención de un prestador de servicios médicos de la red, nuestro plan pagará los servicios de urgencia que reciba de cualquier prestador de servicios médicos.

Nuestro plan cubre servicios de emergencia y de urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos. Si necesita atención de urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar los servicios prestados por adelantado. Le reembolsaremos todos los costos con cobertura relevantes. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4 o llámenos al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711.

Sección 3.3 Obtener atención durante un desastre
--

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de catástrofe o emergencia en su región geográfica, sigue teniendo derecho a recibir atención de su plan.

Visite el sitio web www.devoted.com para obtener información sobre cómo obtener atención necesaria durante una catástrofe.

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

SECCIÓN 4 ¿Qué sucederá si se le factura directamente el costo total de sus servicios cubiertos?

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos nuestro costo compartido de los servicios cubiertos

Si pagó más que el costo compartido de su plan por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos con cobertura, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, debe pagar el costo completo

Devoted PREMIUM Florida (HMO) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan u obtiene servicios fuera de la red y no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber usado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio con cobertura. Pagar los costos una vez que ha alcanzado el límite de los beneficios no se contempla en su gasto máximo de bolsillo. Puede llamar a Servicio para miembros si desea saber cuánto ha usado del límite de sus beneficios.

SECCIÓN 5 ¿Qué cobertura tienen los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como lo bien que funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen solicitar voluntarios para participar en el estudio.

Capítulo 3 : Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Una vez que Medicare apruebe el estudio y usted exprese interés, alguien que trabaje en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están llevando a cabo el estudio. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos del estudio y comprenda y acepte plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare pagará la mayor parte de los costos de los servicios con cobertura que reciba como parte del estudio. Si nos informa de que está participando en un ensayo clínico calificado, solo será responsable de los costos compartidos dentro de la red para los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los costos compartidos de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación para indicarnos cuánto pagó. Cuando participe en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos lo comunique ni que obtenga la aprobación de nosotros o de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que brindan su atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable, que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacional (national coverage determinations, NCD) y los ensayos de dispositivos en investigación (investigational device trials, IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica con cobertura Medicare Advantage para los inscritos en Original Medicare, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos calificados para Medicare.

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

Sección 5.2 Cuando usted participa de un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubrirá artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, incluidos los siguientes:

- Habitación y comida para la estadía en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio.

Capítulo 3 : Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones como consecuencia de la nueva atención.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará por los servicios que reciba como parte del estudio el mismo monto que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que indique cuánto costo compartido pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre el envío de solicitudes de pago.

Este es un ejemplo de cómo funcionan los costos compartidos: Supongamos que tiene que hacerse un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio. También supongamos que tendría que pagar \$20 como su parte de los costos para este análisis conforme a Original Medicare, pero el análisis costaría \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría el copago de \$20 requerido en virtud de Original Medicare. Luego, debería notificar al plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviar documentación como una factura del prestador de servicios médicos al plan. Luego, el plan le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, el mismo monto que usted pagaría en virtud de los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe enviar documentación a su plan, como una factura del prestador de servicios médicos.

Cuando participe en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán por lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que se evalúe en el estudio, a menos que Medicare cubriese dicho artículo o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los artículos o servicios que se proporcionen solo para recopilar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría tomografías computarizadas mensuales que se realizaran como parte del estudio si su problema de salud normalmente exigiera una sola tomografía.

¿Desea obtener más información?

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

SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención en un centro religioso no médico dedicado a la salud

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

Un centro religioso no médico dedicado a la salud es un centro que proporciona atención para afecciones que normalmente se tratarían en un hospital o un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, en su lugar brindaremos cobertura para la atención en un centro religioso no médico dedicado a la salud. Este beneficio se aplica solo a los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios no médicos dedicados a la salud).

Sección 6.2 Cómo recibir atención de un centro religioso no médico dedicado a la salud
--

Para recibir atención en un centro religioso no médico dedicado a la salud, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico no exceptuado.

- **La atención o el tratamiento médico no exceptuado corresponde a la atención o el tratamiento médico** voluntario y no obligatorio *según la ley federal, estatal o local.*
- **El tratamiento médico exceptuado se refiere a la atención o el tratamiento médico** no voluntario u obligatorio *según la ley federal, estatal o local.*

Para brindarle cobertura, la atención que reciba en un centro religioso no médico dedicado a la salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinde la atención debe contar con certificación de Medicare.
- Nuestra cobertura para los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le presten en un centro, regirán las siguientes condiciones:
 - Debe tener un problema de salud que le permita recibir servicios con cobertura de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados o en un centro de enfermería especializada
 - – y – debe tener que obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de que lo hospitalicen en el centro; de lo contrario, su estadía no tendrá cobertura.

Capítulo 3 : Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Tiene cobertura para una cantidad ilimitada de días de hospitalización médicamente necesarios. Para obtener detalles, consulte el Capítulo 4 (Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)).

SECCIÓN 7 Reglas de propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Poseerá el equipo médico duradero después de realizar cierta cantidad de pagos en nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos para generar el habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre es propietario de artículos, como las prótesis. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que rentan ciertos tipos de Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) son propietarias del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Como miembro de Devoted PREMIUM Florida (HMO), se aplican las mismas reglas. Las personas que rentan tipos relevantes de DME son dueños del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Una vez que Devoted Health le transfiera la propiedad del equipo, seguiremos cubriendo las reparaciones necesarias en su nombre, sujeto a cualquier costo compartido aplicable indicado en el Capítulo 4, Sección 2.1.

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

Si no adquirió la propiedad del artículo DME mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare para poder ser propietario del artículo. Los pagos que hizo mientras estaba inscrito en el plan no cuentan.

Ejemplo 1: hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de adquirir el artículo.

Ejemplo 2: hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. usted estuvo en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras estaba inscrito. Luego, regresa a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 pagos consecutivos nuevos para adquirir la propiedad del artículo una vez que se una de nuevo a Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no se tienen en cuenta.

Sección 7.2 Normas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno**¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?**

Si califica para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, Devoted PREMIUM Florida (HMO) cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Sondas y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno

Si cancela su membresía en Devoted PREMIUM Florida (HMO) o si el equipo de oxígeno ya no es médicamente necesario para usted, debe devolverle el equipo al dueño.

¿Qué sucede si cancela su plan y regresa a Original Medicare?

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago de oxígeno). Después de 5 años, puede optar por permanecer en la misma compañía o cambiar a otra. En este punto, el ciclo de 5 años comienza nuevamente, incluso si permanece en la misma compañía, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo cancela, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4 :
***Tabla de beneficios médicos (qué está
cubierto y qué debe pagar)***

SECCIÓN 1 Información sobre los costos de desembolso para servicios cubiertos

En este capítulo, se proporciona un Cuadro de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de Devoted PREMIUM Florida (HMO). También encontrará una descripción de los beneficios complementarios que recibe. Más adelante en este capítulo, podrá encontrar información sobre los servicios médicos que no tienen cobertura. También se explican los límites que se aplican en ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos de desembolso personal que podría pagar por sus servicios cubiertos

Para comprender la información de pago que brindamos en este capítulo, debe conocer los tipos de gastos de bolsillo que podría pagar por sus servicios con cobertura.

- **Un copago** es el monto fijo que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Debe pagar el copago en el momento en que recibe el servicio médico. (En el Cuadro de beneficios médicos de la Sección 2, se brinda más información sobre los copagos).
- El **coseguro** es el porcentaje del costo total de ciertos servicios médicos que usted paga. Debe pagar el coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (En el Cuadro de beneficios médicos de la Sección 2, se brinda más información sobre el coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiarios Calificados de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos o coseguros. Asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad para Medicaid o QMB a su prestador de servicios médicos, si corresponde.

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

Dado que está inscrito en un plan de Medicare Advantage, existe un límite en la cantidad total que debe pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos dentro de la red con cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina monto máximo de bolsillo (maximum out-of-pocket, MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2024, este monto es de \$3,400.

Capítulo 4 : Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Los montos que paga por los copagos y el coseguro para los servicios con cobertura en la red cuentan para este monto máximo de bolsillo. Los montos que paga por las primas del plan y por los medicamentos con receta de la Parte D no se contemplan para el monto máximo de bolsillo. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para su monto máximo de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto máximo de bolsillo de \$3,400, no deberá pagar ningún gasto de bolsillo por el resto del año por los servicios con cobertura de la Parte A y la Parte B que forman parte de la red. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de la cobertura y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los prestadores de servicios médicos le facturen el saldo

Como miembro de Devoted PREMIUM Florida (HMO), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar los montos de costos compartidos cuando reciba sus servicios con cobertura de nuestro plan. Los prestadores de servicios médicos no pueden añadir cargos adicionales independientes, denominados **facturación del saldo**. Esta protección rige incluso si le pagamos al prestador de servicios médicos menos de lo que él cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos determinados cargos de prestadores de servicios médicos.

Esta protección funciona de la siguiente manera.

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo en dólares, por ejemplo, \$15,00), solo pagará ese monto por cualquier servicio con cobertura que reciba de un prestador de servicios médicos de la red.
- Si los costos compartidos son un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. No obstante, su costo depende del tipo de prestador de servicios médicos que consulte:
 - Si recibir los servicios con cobertura de un prestador de servicios médicos de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el prestador de servicios médicos y el plan).
 - Si recibir los servicios con cobertura de un prestador de servicios médicos fuera de la red que participa en Medicare, paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para prestadores de servicios médicos participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de prestadores de servicios médicos fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando usted recibe una derivación o para emergencias o servicios de urgencia).
 - Si recibir los servicios con cobertura de un prestador de servicios médicos fuera de la red que no participa en Medicare, paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para prestadores de servicios médicos de la red no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de prestadores de servicios médicos fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando usted recibe una derivación, o para emergencias o fuera del área de servicio para servicios de urgencia).

Capítulo 4 : Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

- Si cree que un prestador de servicios médicos le ha facturado un saldo, llame al Servicio para miembros.

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

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

El Cuadro de beneficios médicos en las páginas siguientes indica los servicios que cubre Devoted PREMIUM Florida (HMO) y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos con receta de la Parte D figura en el Capítulo 5. Los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos tienen cobertura solo cuando se cumplen con los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios con cobertura de Medicare deben prestarse según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su problema de salud y que estos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Recibe atención de un prestador de servicios médicos que forma parte de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un prestador de servicios médicos fuera de la red no tendrá cobertura, a menos que sea atención de emergencia o de urgencia, o bien que su plan o un prestador de servicios médicos de la red le hayan otorgado una derivación. Esto significa que deberá pagarle al prestador de servicios médicos la totalidad de los servicios prestados.
- Tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que le proporciona atención y la supervisa. En la mayoría de las situaciones, su PCP tiene que darle su aprobación por adelantado antes de que pueda atenderse con otros prestadores de servicios médicos de la red del plan. Esto se denomina otorgarle una derivación.
- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos *solo* tienen cobertura si su médico u otro prestador de servicios médicos de la red obtiene nuestra aprobación previa (a veces se denomina autorización previa). Los servicios incluidos que requieren aprobación por adelantado aparecen en el Cuadro de beneficios médicos.

Otros aspectos importantes que debe conocer sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare y más. Para recibir algunos de estos beneficios, quizás deba pagar *más* con nuestro plan que lo que pagaría con Original Medicare. Para otros, quizás deba pagar *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, busque en su Manual *Medicare & You 2024 (Medicare y usted)*. Puede consultarlo en línea en es.medicare.gov u

- obtener una copia al llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- En el caso de todos los servicios preventivos con cobertura sin costo con Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted.Sin embargo, si también recibe tratamiento o control por un problema de salud existente durante la consulta cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para el problema de salud existente.
 - Si Medicare agrega cobertura para algún servicio nuevo durante 2024, Medicare o nuestro plan lo cubrirá.

 Verá esta manzana al lado de los servicios de prevención que figuran en el Cuadro de beneficios.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Una única ecografía de detección para personas en riesgo.El plan solo cubre este examen si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una derivación de su médico, asistente médico, practicante de enfermería o enfermero especialista profesional.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen preventivo. • No necesita una autorización previa para que su plan pague este examen de detección.Pero sí necesita que su prestador de servicios médicos verifique que usted necesita uno y lo pida por usted.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios con cobertura de Medicare incluyen los siguientes: Hasta 12 consultas en 90 días con cobertura para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: Para los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define de la siguiente manera: • dura 12 semanas o más; • no es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado a una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado a una cirugía y • no está asociado a un embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora.No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año para los servicios con cobertura de Medicare.El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o está retrocediendo. Requisitos del prestador de servicios médicos: Los médicos (según se definen en 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), enfermeros practicantes (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (según se identifica en 1861(aa) (5) de la Ley), así como el personal auxiliar, pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen:	<u>Acupuntura para el dolor lumbar crónico:</u> \$0 de copago • Debe acudir a un acupunturista de nuestra red.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• un título de maestría o doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM), y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un Estado, Territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras reglamentaciones según el Art. 42 del CFR §§ 410.26 y 410.27.	

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de ambulancia - Los servicios de ambulancia con cobertura, ya sean en una situación de emergencia o de no emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea de ala rotatoria y fija hasta el centro correspondiente más cercano que pueda proporcionar atención médica si se prestan a un miembro cuyo problema de salud amerita este servicio, ya que otros medios de transporte podrían poner en riesgo la salud de la persona, o si están autorizados por el plan. - Si los servicios de ambulancia con cobertura no son para una situación de emergencia, debe documentarse que el estado del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. Si recibe transporte en ambulancia que no sea de emergencia, usted será responsable del copago de ambulancia. Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales): - Usted tiene cobertura para servicios de ambulancia de emergencia a nivel internacional. Si tiene una emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted debe pagar los costos en un primer momento. Luego, puede presentarnos una reclamación para que podamos reembolsarle el dinero. - No cubrimos el transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país, a menos que el centro médico más cercano se encuentre en los Estados Unidos. - Cubriremos los costos hasta el monto que pagamos a los prestadores de servicios médicos en los EE. UU.; si sus costos son más altos, tendrá que pagar la diferencia.	<u>Ambulancia terrestre</u> \$95 de copago por viaje de ida <u>Ambulancia aérea</u> 20% de coseguro por viaje de ida Usted no será responsable de los copagos de ambulancia adicionales para los traslados de centro a centro. Si es una emergencia, no necesita autorización previa. Si no es una emergencia, es posible que necesite autorización previa. Llámenos al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711 para obtener más información. <u>Servicios de ambulancia a nivel internacional (servicios provistos fuera de los Estados Unidos)*</u> Sus costos compartidos para servicios de ambulancia en todo el mundo son: Ambulancia terrestre: \$95 de copago por viaje de ida Ambulancia aérea: 20% de coseguro por viaje de ida

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• Igualmente debe pagar su parte habitual de los costos, como su copago estándar por servicio de ambulancia. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7 o llámenos al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711. • Servicios de ambulancia que no tienen cobertura en ninguna circunstancia: • Servicios de ambulancia solicitados por el miembro cuando ya no hay una emergencia (incluido el servicio personalizado o los vuelos comerciales de regreso a los Estados Unidos).	
Visita anual de bienestar Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y los factores de riesgo. Esto tiene cobertura una vez cada 12 meses. Nota: Su primera visita anual de bienestar no puede tener lugar en el plazo de los 12 meses posteriores a su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que haya tenido una visita “Bienvenido a Medicare” para recibir cobertura para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta de bienestar anual.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Examen de densidad ósea En el caso de personas calificadas (generalmente, esto significa personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios tienen cobertura cada 24 meses o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de densidad ósea con cobertura de Medicare.
 Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios con cobertura incluyen los siguientes: • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de evaluación incluidas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento tienen cobertura para los miembros que cumplan con ciertas condiciones con una orden del médico.El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que generalmente son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	\$0 de copago • Su prestador de servicios médicos debe verificar que usted necesita este servicio y solicitarlo por usted.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Consulta de reducción de riesgos de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular) Cubrimos una consulta al año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular.Durante esta consulta, su médico puede comentarle el uso de aspirina (si procede), comprobar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo sano.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular (tratamiento intensivo para la salud conductual).
Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas a un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares cubiertas una vez cada cinco años.
Examen de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino Los servicios con cobertura incluyen los siguientes: • Para todas las mujeres:Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos tienen cobertura una vez cada 24 meses • Si tiene riesgo elevado de cáncer vaginal o de cuello uterino o está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolau y los exámenes pélvicos preventivos con cobertura de Medicare. • Sin embargo, si recibe tratamiento o control por un problema de salud nuevo o existente durante la consulta cuando recibe el servicio de prevención, se aplicará un copago por visita al consultorio para el problema de salud nuevo o existente.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios quiroprácticos Los servicios con cobertura incluyen los siguientes: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales): La atención quiropráctica de rutina es un beneficio complementario que ofrece Devoted Health.Su plan cubre una determinada cantidad de consultas para atención quiropráctica de rutina que va más allá de la cobertura de Medicare.Este beneficio le permite consultar a quiroprácticos dentro de la red para el alivio del dolor, trastornos neuromusculares, náuseas, etc.	<u>Consultas quiroprácticas con cobertura de Medicare:</u> \$0 de copago <u>Consultas quiroprácticas de rutina:</u> \$0 de copago • Usted tiene cobertura de hasta 12 visitas por año.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Examen de detección de cáncer colorrectal Las siguientes pruebas de detección tienen cobertura: • La colonoscopia no tiene ninguna limitación de edad mínima o máxima y tiene cobertura una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no presentan riesgo elevado, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no presentan riesgo elevado de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes con riesgo elevado después de una colonoscopia de detección previa o un enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más.Una vez cada 120 meses para los pacientes que no presentan un riesgo elevado después de que el paciente se sometiera a una colonoscopia de detección.Una vez cada 48 meses para pacientes que presentan riesgo elevado desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más.Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multidiaria para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan los criterios de riesgo elevado, como Cologuard®.Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan los criterios de riesgo elevado.Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes con riesgo elevado y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección.	No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal con cobertura de Medicare. • Si su médico encuentra y extrae un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico. • Sin embargo, si recibe tratamiento o control por un problema de salud nuevo o existente durante la consulta cuando recibe el servicio de prevención, se aplicará un copago por visita al consultorio para el problema de salud nuevo o existente.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no presentan riesgo elevado y que tienen 45 años o más.Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces con cobertura de Medicare devuelva un resultado positivo.	

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no tienen cobertura de Original Medicare. Sin embargo, actualmente Medicare paga por servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia para el cáncer que afecta a la mandíbula o exámenes orales previos al trasplante de riñón. Además, cubrimos: • Limpiezas, exámenes de rutina, radiografías y más. Consulte la sección “Beneficios dentales complementarios obligatorios” al final de esta tabla para obtener detalles, incluidos los servicios con cobertura y lo que pagará. Exclusiones: Solo tiene cobertura por los servicios, códigos y límites que se detallan en la Evidencia de Cobertura. Devoted Health no cubrirá los servicios dentales prestados que no figuren como un código con cobertura o que no sean médicamente necesarios, o si usted excede el límite máximo de servicios (o el máximo anual), por lo que usted será responsable del costo total.	<u>Servicios dentales con cobertura de Medicare</u> • \$0 de copago • Consulte las secciones <i>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</i>, o <i>Cirugía para pacientes ambulatorios</i>, o <i>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</i> o <i>Servicios de médicos/profesionales</i> en este cuadro. <u>Servicios dentales con cobertura de beneficios complementarios</u> • Devoted Health cubrirá sus beneficios dentales preventivos a un costo de \$0 para usted. • Devoted Health pagará hasta \$2,000 al año por los servicios dentales integrales. • Consulte la tabla de códigos dentales que se encuentra en <i>Beneficios dentales complementarios obligatorios</i> al final de este capítulo para obtener detalles completos, incluido todo costo compartido aplicable • Es posible que se requiera autorización previa.
 Examen de detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión al año. La prueba de detección debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o las derivaciones.	No hay coseguro, copago ni deducible para una consulta de detección de depresión anual.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Examen de detección de diabetes Cubrimos este examen (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de azúcar en sangre alta (glucosa).Las pruebas también pueden tener cobertura si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. En función de los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para un máximo de dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de diabetes con cobertura de Medicare.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (que usan y no usan insulina). Los servicios con cobertura incluyen los siguientes: Suministros para controlar la glucosa en sangre: Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para medir la glucosa, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de la glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores.	<u>Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes:</u> \$0 de copago <u>Servicios y suministros para diabéticos:</u> \$0 de copago • Monitor de glucosa en sangre • Medidor continuo de glucosa • Nuestro producto preferido, Freestyle Libre, está disponible sin costo alguno para usted si lo solicita un médico. • Si se autoriza cualquier otro CGM, se aplicará su costo compartido para equipos médicos duraderos (DME). • Tiras reactivas • Lancetas y dispositivos de punción • Es posible que se requiera autorización previa. <u>Zapatos para diabéticos y plantillas terapéuticas:</u> \$0 de copago Es posible que necesite autorización previa para cualquiera de los suministros mencionados anteriormente. Llámenos al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711 para obtener más información.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
La única marca cubierta de monitores de glucosa en sangre y suministros es OneTouch, fabricada por LifeScan.En general, los productos de marca alternativa no preferida no tienen cobertura a menos que su médico proporcione información adecuada de que el uso de una marca alternativa es médicamente necesario en su situación específica.Si es nuevo en Devoted Health y está usando una marca no preferida de tiras reactivas y monitor de glucosa en sangre, puede comunicarse con nosotros dentro de los primeros 90 días de la inscripción en el plan para solicitar un suministro temporal de la marca alternativa no preferida.Durante este período, debe hablar con su médico para decidir si alguna de las marcas preferidas de productos mencionadas anteriormente es médicamente adecuada para usted.Los productos de marcas no preferidas no tendrán cobertura después de los 90 días iniciales de cobertura sin una autorización previa aprobada para una excepción de cobertura.Tanto para los miembros nuevos como para los actuales, si es médicamente necesario que usted use o continúe usando un producto de marca alternativa no preferida, usted o su prestador de servicios médicos puede solicitar una excepción de cobertura para que Devoted Health cubra un producto de marca no preferida hasta el final del año de beneficios.Si usted (o su prestador) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su prestador pueden presentar una apelación.Siempre puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su profesional médico sobre qué producto o marca es adecuado para su problema de salud.Para obtener más información acerca de cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).	

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• Para las personas con diabetes que tienen la enfermedad de pie diabético grave:Un par de zapatos ortopédicos hechos a medida por año calendario (incluidas las plantillas para dichos pares) y dos pares de plantillas adicionales o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (además de las plantillas extraíbles estándar incluidas en cada par).La cobertura incluye medición. • El entrenamiento para el autocontrol de la diabetes tiene cobertura con ciertas condiciones. • Medidores continuos de glucosa (Continuous Glucose Monitors, CGM):Nuestro producto preferido es Freestyle Libre, que está disponible en farmacias de la red por un copago de \$0.Hay otros CGM disponibles a través de proveedores de DME que los transportan.Otros productos se considerarán DME y se aplicarán sus costos compartidos de DME.Todos los demás dispositivos de CGM requerirán autorización previa.	

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 y la Sección 7 del capítulo 3 de este documento). Los artículos con cobertura incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un prestador de servicios médicos para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores. Con este documento de <i>Evidencia de Cobertura</i>, le enviamos la lista de DME de Devoted PREMIUM Florida (HMO).La lista le indica las marcas y los fabricantes de DME que cubriremos.Hemos incluido una copia de nuestro directorio de proveedores de DME en el sobre junto con este documento.La lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web en www.devoted.com. Por lo general, Devoted PREMIUM Florida (HMO) cubre todos los DME con cobertura de Original Medicare de las marcas y fabricantes que aparecen esta lista.No cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otro profesional médico nos diga que necesita esa marca conforme sus necesidades médicas.Sin embargo, si usted es nuevo en Devoted PREMIUM Florida (HMO) y está usando una marca de equipo médico duradero que no está en nuestra lista, continuaremos pagando esta marca por un período máximo de 90 días.Durante este tiempo, usted debería hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada para usted después de este período de 90 días.(Si usted no está de acuerdo con su médico, usted puede pedirle que lo derive para obtener una segunda opinión).	<u>Equipo médico duradero avanzado (enumerados a continuación):</u> 20% de coseguro • Ventilador con cobertura de Medicare • Estimulador de crecimiento óseo • Concentrador de oxígeno portátil • Equipo para cirugía bariátrica • Camas especiales • Sillas de ruedas y sillas de ruedas motorizadas especiales o personalizadas • Elevadores de asientos • Artículos de marcas especiales • Chalecos de compresión de alta frecuencia en el pecho • Bomba de infusión para el dolor • Medidor continuo de glucosa (cubrimos un CGM Freestyle Libre en \$0 de copago. Todos los demás productos de medición continua de glucosa tendrán 20% de coseguro. Consulte la sección <i>Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</i> en esta tabla para obtener más información). Es posible que se requiera autorización previa para los artículos anteriores. <u>Todos los demás equipos y suministros médicos duraderos:</u> \$0 de copago

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Si usted (o su prestador) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su prestador pueden presentar una apelación.Siempre puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su profesional médico sobre qué producto o marca es adecuado para su problema de salud.(Para obtener más información acerca de las apelaciones, consulte el Capítulo 9, <i>Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]</i>). Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales): Equipo de seguridad para el baño: Devoted Health cubre el siguiente equipo de seguridad para el baño para los miembros que tengan una discapacidad funcional cuando tener el artículo mejorará la seguridad (la instalación no tiene cobertura Devoted Health): • Asiento elevado estándar para el inodoro: 1 por miembro cada año • Asiento estándar para la bañera: 1 por miembro cada año	Sus costos compartidos de la cobertura de oxígeno y suministros de oxígeno de Medicare son de \$0 de copago todos los meses para la entrega de oxígeno y contenido de oxígeno, tubos y accesorios de oxígeno relacionados para la entrega de oxígeno y contenido de oxígeno, y mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno. Sus costos compartidos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare son de 20% de coseguro cada mes para el alquiler de equipos de oxígeno. Si antes de inscribirse en Devoted PREMIUM Florida (HMO), usted había pagado 36 meses de alquiler para la cobertura de equipos de oxígeno, su costo compartido en Devoted PREMIUM Florida (HMO) sigue siendo el mismo que se describió antes. Es posible que se requiera autorización previa para los artículos anteriores. Equipo de seguridad para el baño: Asiento elevado estándar para el inodoro: \$0 de copago Asiento estándar para la bañera: \$0 de copago Necesita que su prestador de servicios médicos verifique que usted requiere estos artículos y los pida por usted.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención médica de emergencia La atención médica de emergencia se refiere a los siguientes servicios: • Servicios de prestadores de servicios médicos calificados para proporcionar servicios de emergencia, y • servicios necesarios para evaluar o estabilizar un problema médico de emergencia. Una emergencia médica se presenta cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad.Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o un problema de salud que empeora rápidamente. Los costos compartidos de los servicios de emergencia necesarios prestados por profesionales fuera de la red son los mismos que tendría si fueran prestados por profesionales de la red. Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales): Usted tiene cobertura a nivel internacional para recibir servicios de atención médica de emergencia.Cuando necesite atención de emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, primero tiene que pagar los costos usted mismo.Luego, envíenos una reclamación para que podamos reembolsarle el dinero.Pero hay algunas cosas que debe saber: • Cubriremos los costos hasta el monto que pagamos a los prestadores de servicios médicos en los EE. UU.; si sus costos son más altos, tendrá que pagar la diferencia.	copago de \$135 por estadía • Si es admitido en el hospital dentro de 24 horas (por el problema por el cual fue a la sala de emergencias), no tendrá que realizar un copago.(Para obtener más información sobre los costos de una hospitalización, consulte la sección de “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” de este cuadro). • Si recibe atención médica de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que se estabiliza su problema de salud de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que continúe la cobertura de su atención O debe pedir que su atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red sea autorizada por el plan y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Igualmente debe pagar su parte habitual de los costos, como su copago estándar por una visita a la sala de emergencias. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7 o llámenos al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711.	- Si pasa a un estado de observación, se eximirá su copago por la atención médica de emergencia y usted pagará su copago de permanencia en observación. Para obtener más información, consulte la sección de “Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios” de este cuadro. - No necesita autorización previa ni una orden médica para atención médica de emergencia. Pero una vez que esté estable, debe llamarnos si desea permanecer en un hospital fuera de la red para recibir atención continua o si se encuentra fuera del área. Llame al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711 para obtener más información. <u>Atención de emergencia a nivel internacional (servicios fuera de los Estados Unidos)*</u> - Su costo compartido de los servicios de emergencia en todo el mundo es: • copago de \$135 por estadía

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Programas educativos de salud y bienestar — SilverSneakers® Membresía de SilverSneakers® SilverSneakers puede ayudarle a vivir una vida más saludable y activa a través del acondicionamiento físico y la conexión social. Usted tiene cobertura para un beneficio de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers en línea y en los establecimientos participantes.¹ Tiene acceso a una red nacional de establecimientos participantes donde puede tomar clases ² y usar equipos para ejercicios y otros servicios. Inscríbase en tantos establecimientos como desee, en cualquier momento. También tiene acceso a instructores que imparten clases de ejercicios grupales, especialmente diseñadas, en persona y en línea, los siete días de la semana. Además, SilverSneakers Community le ofrece opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales, en centros recreativos, parques y otros lugares del barrio. SilverSneakers también le conecta con una red de apoyo y recursos en línea a través de clases de SilverSneakers LIVE, videos de SilverSneakers On-Demand y la aplicación móvil SilverSneakers GO. Su membresía de SilverSneakers también le ofrece GetSetUp³, con cientos de clases interactivas en línea para despertar sus intereses en temas como la cocina y la nutrición, la tecnología y los juegos del cerebro. Active su cuenta gratuita en línea en http://es-tools.silversneakers.com para ver su número de identificación de miembro de SilverSneakers y todas las funciones del programa disponibles para usted sin costo adicional. Si tiene más preguntas, visite http://es-tools.silversneakers.com o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este. Siempre hable con su médico antes de comenzar un programa de ejercicios.	<u>Membresía de SilverSneakers®</u> \$0 membresía • Devoted Health cubre el costo total de este beneficio. • No hay coseguro, copago ni deducible para membresías de un gimnasio con cobertura.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
1.Los establecimientos participantes (“PL”) no son propiedad de Tivity Health, Inc. ni de sus afiliadas, ni son operadas por estas.El uso de las instalaciones y los servicios de los PL se limita a los términos y condiciones de la membresía básica del PL.Las instalaciones y los servicios varían según el PL. 2.Este beneficio incluye clases grupales de acondicionamiento físico dirigidas por un instructor de SilverSneakers.Algunos establecimientos ofrecen clases adicionales a los miembros.Las clases varían según el establecimiento. 3.GetSetUp es un proveedor de servicios externo y no es propiedad ni está operado por Tivity Health, Inc. (“Tivity”) ni sus afiliadas.Los usuarios deben tener servicio de internet para acceder al servicio GetSetUp.Los cargos por servicio de internet son responsabilidad del usuario.Pueden aplicarse cargos por el acceso a ciertas clases o funcionalidades de GetSetUp. SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2023 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.	

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Programas educativos de salud y de bienestar: Wellness Bucks Wellness Bucks de Devoted Health Devoted Health le reembolsará hasta \$150 por año por la participación o la compra de uno o más de los siguientes: <i>Compra de registros de actividad/acondicionamiento físico:</i> • Apple Watch® u otro dispositivo que registra la cantidad de pasos y la frecuencia cardíaca <i>Participación en clases educativas o de acondicionamiento físico, como las siguientes:</i> • Yoga, pilates, zumba, taichi, clases de acondicionamiento físico aeróbico/en grupo, entrenamiento de fuerza, clases de spinning, crossfit, entrenamiento personal (a cargo de un instructor certificado), etc. • Asesoramiento nutricional con un asesor nutricional matriculado o dietista registrado, programas de talleres sobre diabetes, programa de conducción para adultos mayores de la AAA, etc. <i>Cargos del programa para programas de pérdida de peso, tales como:</i> • Jenny Craig, Weight Watchers o programas hospitalarios para bajar de peso. • La compra de alimentos junto con estos programas no está cubierta. <i>Actividades de memoria y acondicionamiento físico:</i>	<u>Wellness Bucks de Devoted Health</u> \$150 por año

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• Programas que mejoran la velocidad y la capacidad del cerebro, fortalecen la memoria y permiten el aprendizaje. Los programas elegibles deben ayudarle a establecer un objetivo y deben hacer un seguimiento de su progreso hacia sus objetivos de acondicionamiento físico de la memoria. <i>Cargos del programa para solicitudes de conciencia plena:</i> • Costos de suscripción a las aplicaciones de conciencia plena, como Calm o Headspace, para respaldar su salud y bienestar. <i>Compra de equipos de acondicionamiento físico para usar en el hogar:</i> • Algunos ejemplos incluyen pesas libres, cinta para correr o bicicleta fija, máquinas de remo, bandas de resistencia u otros elementos que se pueden usar en el hogar para apoyar los objetivos de salud y acondicionamiento físico. <i>Membresía en un gimnasio o centro de acondicionamiento físico calificado:</i> • Un gimnasio o centro de acondicionamiento físico calificado proporciona equipos de entrenamiento cardiovascular y de fuerza. Para aprovechar al máximo sus beneficios, puede usar su membresía SilverSneakers de \$0 para acceder a centros de acondicionamiento físico y reservar sus Wellness Bucks para otras compras elegibles. <i>Ciertos artículos de venta libre utilizados junto con un programa de administración de la atención o de enfermedades de Devoted Health</i>	

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• Manguito de presión arterial conectado (3G/LTE) para los miembros inscritos y que participan constantemente en el Programa de monitoreo de la presión arterial de Devoted • Escala conectada (3G/LTE) para los miembros inscritos y que participan constantemente en el Programa de monitoreo de insuficiencia cardíaca congestiva de Devoted • Espirómetros para aquellos miembros inscritos y que participan constantemente en el Programa de monitoreo de la EPOC de Devoted • Oxímetro de pulso para aquellos miembros inscritos y que participan constantemente en los programas de administración de la atención de Devoted Devoted Health le reembolsará hasta \$150 por año del costo de cualquiera de los programas o servicios mencionados antes. Puede presentar tantos formularios de reembolso como sea necesario, pero usted será responsable de todos los costos que superen \$150 por año. Si bien los servicios pueden combinarse, el monto total reembolsado por Devoted Health no superará \$150 por año. Este es un beneficio reembolsable. Debe pagar de su bolsillo y presentarla para el reembolso. Las solicitudes de reembolso deben recibirse antes del 31 de marzo de 2025. No podemos procesar ningún reembolso de 2024 "Wellness Bucks" después de esta fecha. La fecha de servicio o compra debe ser posterior a su fecha de entrada en vigencia con Devoted Health y debe estar dentro del año 2024 del plan. Devoted Health no está afiliada con Apple Inc. Apple Watch® y todos los demás nombres de productos Apple son marcas comerciales o marcas registradas de Apple Inc. Si tiene preguntas sobre cómo usar sus Wellness Bucks de Devoted, puede comunicarse con nosotros al 1-800-DEVOTED. Para ventas, servicio o soporte de Apple Watch, visite a un revendedor autorizado de Apple.	

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Exclusiones de Wellness Bucks: Los equipos recreativos al aire libre (bicicletas, bolas de boliche, pelotas de juego, clubes de golf, patines, patinetas, esquís, equipos de tenis); las cuotas de membresía para clubes recreativos, clubes de caza y pesca, clubes de campo, clubes sociales, campos de golf públicos y privados, o cuotas de green; vestimenta o zapatillas para acondicionamiento físico, pulseras de identificación médica, saunas, máquinas de terapia con hielo, servicios de spa, equipos de masaje, CD o videos de ejercicio, alojamiento, comidas, vitaminas y suplementos no son elegibles para reembolsos. No puede utilizar Wellness Bucks para copagos o coseguros para los servicios indicados en esta grilla. No puede utilizar Wellness Bucks para copagos o coseguros para medicamentos con receta o de venta libre. Para obtener más información, visítenos en línea en www.devoted.com/es o llámenos.	

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de audición Las evaluaciones de diagnóstico del equilibrio y la audición realizadas por su prestador de servicios médicos para determinar si necesita tratamiento médico tienen cobertura como atención para pacientes ambulatorios cuando se obtienen de un médico, técnico en audiología u otro prestador de servicios médicos calificado. Todos los servicios anteriores tienen cobertura de Medicare. Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales): Su plan médico también cubre beneficios de audición complementarios (adicionales), incluida la cobertura de exámenes rutinarios de audición, evaluaciones y ajustes de audífonos, y audífonos. Audífonos: Hasta dos audífonos de la marca TruHearing® por año (uno por oído por año).El beneficio se limita a los audífonos Avanzados y Premium de TruHearing®, que se presentan en varios estilos y colores y están disponibles en opciones de estilo recargable por un costo adicional de \$50 por audífono. Debe consultar a un proveedor de TruHearing® para usar este beneficio.Llame al Servicio para miembros al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) para programar una cita (para TTY, marque 711).La compra de audífonos incluye lo siguiente: • Primer año de consultas de seguimiento al proveedor • Período de prueba de 60 días • Garantía extendida de 3 años • 80 baterías por audífono para modelos no recargables El beneficio no incluye ni cubre lo siguiente: • Costo adicional por recarga de audífono opcional	<u>Servicios de audición con cobertura de Medicare</u> \$0 de copago <u>Exámenes rutinarios de audición</u> \$0 de copago • Usted tiene cobertura para 1 examen rutinario de audición por año. <u>Ajuste de audífonos</u> \$0 de copago <u>Audífonos*</u> \$199 de copago por oído para audífonos avanzados \$499 de copago por oído para audífonos Premium • Usted tiene cobertura para hasta dos audífonos por año, uno por oído. • Debe usar el proveedor de audífonos de Devoted Health para obtener este beneficio.Si utiliza otros prestadores de servicios médicos, usted será responsable del costo total. • \$50 de costo adicional por audífono para recarga de audífono opcional.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• Moldes del oído • Accesorios para audífonos • Consultas adicionales al proveedor • Baterías adicionales, baterías con la compra de un audífono recargable • Audífonos que no sean de la marca TruHearing® • Costos asociados con reclamaciones de garantía por pérdidas o daños Los costos relacionados con los elementos excluidos son responsabilidad del miembro y no tienen cobertura del plan.	
Examen de detección de VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen un mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos: • Un examen de detección cada 12 meses Para las mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen de detección de VIH preventivo con cobertura de Medicare.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención de una agencia de atención médica en el hogar Antes de recibir los servicios de atención médica en el hogar, un médico debe certificar que necesita servicios de atención médica en el hogar y solicitará que dichos servicios sean proporcionados por una agencia de atención médica en el hogar. Debe estar en casa, lo que significa que salir de casa es un esfuerzo importante. Los servicios con cobertura incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de atención médica en el hogar y de enfermería especializada a tiempo parcial o intermitente (para tener cobertura del beneficio de atención médica en el hogar, sus servicios combinados de atención médica en el hogar y enfermería especializada deben sumar menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana) • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	\$0 de copago • No se requiere autorización para una evaluación inicial de atención médica en el hogar, pero su PCP debe extenderle una. • Es posible que necesite autorización previa para la atención médica en el hogar continua o para el equipo médico duradero. Llámenos al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711 para obtener más información.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Terapia de infusión en el hogar La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar.Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios con cobertura incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención médica. • Entrenamiento y educación del paciente que no tienen cobertura en virtud del beneficio de equipo médico duradero. • Monitoreo remoto. • Servicios de monitoreo para el suministro de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar.	<u>Servicios profesionales</u> \$0 de copago <u>Educación y entrenamiento del paciente</u> \$0 de copago <u>Monitoreo remoto del paciente</u> \$0 de copago <u>Equipo médico duradero:</u>Consulte la sección "Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados" en este cuadro. <u>Medicamentos de la Parte B:</u>Consulte la sección de "Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare" en este cuadro. <u>Suministros médicos:</u>Consulte la sección "Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios" en este cuadro. Es posible que se requiera autorización previa.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Cuidados paliativos Usted cumple con los requisitos para recibir los beneficios para pacientes terminales cuando su médico y el director médico del centro para pacientes terminales le han indicado un pronóstico terminal en el que se certifica que usted tiene una enfermedad terminal y tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos si su enfermedad evoluciona con normalidad. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos con certificación de Medicare. Su plan está obligado a ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos con certificación de Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee, controla o en los que tiene un interés financiero. Su médico del centro para pacientes terminales puede ser un prestador de servicios médicos de la red o un prestador de servicios médicos fuera de la red. Los servicios con cobertura incluyen los siguientes: • Medicamentos para el control de síntomas y el alivio del dolor • Atención médica de relevo de corta duración • Atención médica en el hogar Cuando ingresa en un centro para pacientes terminales, tiene derecho a permanecer en su plan; si decide permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan, si corresponde.	Cuando se inscriba en un programa de cuidados paliativos con certificación de Medicare, Original Medicare, en lugar de Devoted PREMIUM Florida (HMO), pagará los servicios médicos para pacientes terminales y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. <u>Evaluación inicial del centro para pacientes terminales</u> \$0 de copago • No hay coseguro, copago ni deducible para una evaluación inicial del centro para pacientes terminales.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<u>Para servicios médicos para pacientes terminales y servicios con cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal:</u>Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su prestador de servicios médicos para pacientes terminales por sus servicios médicos para pacientes terminales y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal.Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su prestador de servicios médicos para pacientes terminales enviará sus facturas a Original Medicare para el pago de los servicios incluidos en dicho programa.Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. <u>Para servicios con cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal:</u>Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia, que tengan cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si utiliza un prestador de servicios médicos de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si existe un requisito para obtener una autorización previa). • Si recibe los servicios con cobertura de un prestador de servicios médicos de la red y cumple las reglas del plan para obtener el servicio, solo paga el monto de costos compartidos del plan para servicios recibidos en la red. • Si recibe los servicios con cobertura de un prestador de servicios médicos fuera de la red, paga el monto de costos compartidos para servicios recibidos fuera la red.	

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<u>Para servicios con cobertura de Devoted PREMIUM Florida (HMO), pero sin cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare: Devoted PREMIUM Florida (HMO) continuará cubriendo los servicios con cobertura del plan que no estén incluidos en la Parte A o la Parte B, ya sea que estén o no relacionados con su pronóstico terminal.Usted debe pagar el monto de costos compartidos correspondiente a estos servicios, según lo estipulado en la cobertura.</u> <u>Para los medicamentos que pueden tener cobertura del beneficio de la Parte D del plan:Si estos medicamentos no están relacionados con su enfermedad terminal, usted paga el costo compartido.Si están relacionados con su enfermedad terminal, usted paga el costo compartido de Original Medicare.Los medicamentos nunca tienen cobertura simultáneamente del centro para pacientes terminales y de nuestro plan.Para obtener más información, consulte la Sección 9 del Capítulo 5 (<i>Qué sucede si se encuentra en un centro para pacientes terminales con certificación de Medicare</i>).</u> Nota:Si necesita atención que no sea en un centro para pacientes terminales (atención que no está relacionada con su enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta para pacientes con enfermedades terminales (una sola vez) para un enfermo terminal que no ha elegido el beneficio para pacientes con enfermedades terminales.	

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Vacunas Los servicios de la Parte B de Medicare con cobertura son los siguientes: • Vacuna contra la pulmonía • Vacunas contra la gripe, una vez por temporada de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si es médicamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B si corre un riesgo alto o moderado de contraer hepatitis B • Vacuna contra la COVID-19 • Otras vacunas si tiene riesgo y si cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la pulmonía, la influenza, la hepatitis B y la COVID-19.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados Incluye atención aguda y rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de atención de larga duración y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados.La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados comienza el día en el que es admitido formalmente en el hospital con la orden de un médico.El día anterior a que le den el alta es su último día como paciente hospitalizado. Los servicios con cobertura incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación compartida (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería regulares • Costos de unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o las unidades de cuidados coronarios) • Fármacos y medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos del quirófano y la sala de recuperación • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios de tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes hospitalizados	copago de \$0 por estadía • Con Devoted Health, usted tiene cobertura para una cantidad ilimitada de días en caso de ser hospitalizado. • Su médico debe notificarnos si usted requiere una hospitalización. • Necesita autorización previa para las hospitalizaciones electivas.Llámenos al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711 para obtener más información. • Si obtiene atención médica autorizada para paciente internado en un hospital fuera de la red una vez que su afección de emergencia se ha estabilizado, su costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital que forma parte de la red.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• En ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes tienen cobertura: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula espinal, célula troncal e intestinal/multivisceral.Si necesita un trasplante, coordinaremos con un centro de trasplante aprobado por Medicare para que revise su caso y decida si es candidato para un trasplante.Los prestadores de servicios médicos de trasplantes pueden ser locales o hallarse fuera del área de servicio.Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir utilizar la opción local siempre que los prestadores de servicios médicos de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare.Si Devoted PREMIUM Florida (HMO) proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y decide obtener trasplantes en este lugar lejano, organizaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante.Llame al Servicio para miembros al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711 para que podamos ayudarle. • Análisis de sangre, incluido el almacenamiento y la administración.La cobertura comienza con la primera pinta que se usa (incluso análisis de sangre completo, concentrado de glóbulos rojos y todos los demás componentes sanguíneos) • Servicios médicos Nota:Para ser paciente hospitalizado, su profesional debe emitir una orden para ingresarlo de manera formal como paciente hospitalizado del hospital.Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se le puede considerar paciente ambulatorio.Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.	

Capítulo 4 : Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
También puede obtener más información en la hoja de datos de Medicare llamada ¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si está inscrito en Medicare, ¡pregunte! Esta hoja de datos está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin costo a estos números, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Los servicios con cobertura incluyen servicios de atención de salud mental que requieren una hospitalización. Puede recibir atención hospitalaria en un hospital psiquiátrico durante un total de 190 días a lo largo de su vida. Si recibe atención de salud mental como paciente hospitalizado en la unidad psiquiátrica de un hospital general, no cuenta para sus 190 días.	copago de \$0 por estadía • Usted tiene cobertura de hasta 90 días por cada período de beneficios para servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico, según las pautas de Medicare. • Es posible que este medicamento necesite autorización previa. • Llame a Magellan, nuestro prestador de servicios de salud conductual, para encontrar un prestador de red. Puede comunicarse con ellos al 1-800-776-8684.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Hospitalización: Servicios con cobertura recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización sin cobertura Si ha agotado sus beneficios de hospitalización o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios con cobertura incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia con isótopo, incluidos los materiales y suministros técnicos • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortopédicos (distintos de los dentales) que reemplazan la totalidad o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona de forma permanente o que no funciona correctamente, incluida la sustitución o reparación de dichos dispositivos • Soportes ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; cerchas y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a rotura, desgaste, pérdida o un cambio en el estado físico del paciente • Terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional	Incluso si el costo de hospitalización no tiene cobertura, su plan paga algunos de los servicios que usted recibe. Para verificar su cobertura y costos, puede buscar servicios específicos en este cuadro. Es posible que se requiera autorización previa.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Comidas Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales): Servicio de comidas después del alta hospitalaria • Después de haber estado hospitalizado en un hospital o centro de enfermería especializada, puede recibir dos comidas por día durante un máximo de 10 días. • Recibirá comidas precocidas y congeladas en su casa. • Puede usar este beneficio cuatro veces por año calendario. Servicio de comidas para afecciones crónicas • Si parte de su plan de atención para una afección crónica implica cambiar la forma en la que come, o le diagnostican una afección que requiere que permanezca en su hogar, puede recibir comidas en su hogar como apoyo para su afección. • Puede recibir hasta dos comidas por día durante un máximo de 14 días. • Puede usar este servicio solamente una vez por año calendario, por diagnóstico nuevo. Debe usar el proveedor de Devoted Health para acceder a este beneficio.	<u>Servicio de comidas después del alta hospitalaria:</u> \$0 de copago • Para comenzar su servicio de comidas, usted o su PCP puede llamarnos al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711. <u>Servicio de comidas para afecciones crónicas:</u> \$0 de copago • Para comenzar su servicio de comidas, usted o su PCP puede llamarnos al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (de riñón) (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando se lo indique su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año en que reciba servicios de terapia de nutrición médica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año a partir de entonces.Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico.Un médico debe recetar estos servicios y renovar su pedido todos los años si su tratamiento es necesario en el siguiente año calendario.	No hay coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica con cobertura de Medicare.
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Los servicios MDPP tendrán cobertura para los beneficiarios elegibles de Medicare en virtud de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento de salud que proporciona formación práctica en el cambio dietético a largo plazo, el aumento de la actividad física y las estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio del MDPP.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están incluidos en la Parte B de Original Medicare. Nuestros miembros reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos con cobertura incluyen: • Medicamentos que no suelen ser autoadministrados por el paciente y que son inyectados o infundidos mientras recibe servicios de un médico, en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que toma mediante equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan • Factores coagulantes que se administra usted mismo mediante inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare al momento en que se efectuó el trasplante de órganos. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su hogar, tiene una fractura de hueso que un médico certifique que se debió a la osteoporosis posterior a la menopausia y no puede administrarse usted misma el medicamento. • antígenos • Determinados medicamentos para el cáncer administrados por vía oral y medicamentos para las náuseas • Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, como la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario desde el punto de vista médico, anestesia local y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, epoetina alfa, Aranesp® o darbepoetina alfa)	<u>Suero para alergias:</u> \$0 de copago en: • El consultorio de un PCP • El consultorio de un especialista • Un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios <u>Medicamentos genéricos para nebulización:</u> \$0 de copago en: • El consultorio de un PCP • El consultorio de un especialista • Un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios <u>Medicamentos de quimioterapia:</u> 20% de coseguro en: • El consultorio de un PCP • El consultorio de un especialista • El hogar • Un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios <u>Todos los demás medicamentos de la Parte B:</u> 20% de coseguro en: • El consultorio de un PCP • El consultorio de un especialista • El hogar • Un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de las enfermedades por deficiencia inmunitaria El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: www.devoted.com/es/medicamentos-receta/limites-cobertura-medicamentos/2023-lista-terapia-fases-medicamentos-parte-b También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y D. El Capítulo 5 explica la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que los medicamentos con receta tengan cobertura.Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestra cobertura se explica en el Capítulo 6. El monto que usted paga por los medicamentos reembolsables de la Parte B se reducirá si el precio del medicamento ha aumentado a una tasa más rápida que el índice de inflación.La lista de medicamentos reembolsables de la Parte B, así como el monto que usted paga por esos medicamentos, pueden cambiar cada trimestre (enero, abril, julio, octubre); sin embargo, nunca pagará más que el costo de sus medicamentos de la Parte B. Pagará no más de \$35 por un suministro para 30 días de insulinas con cobertura de la Parte B de Medicare (cuando use insulina a través de una bomba). Llámenos si tiene alguna pregunta.	Si su prestador de servicios médicos nos factura como parte de un sistema hospitalario, es posible que usted sea responsable de los costos compartidos del entorno hospitalario para pacientes ambulatorios por los servicios descritos en esta sección. Todos los gastos de bolsillo de los medicamentos de la Parte B se tendrán en cuenta en su gasto máximo de bolsillo anual. También es posible que deba probar primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita.Esto se llama "terapia escalonada". Es posible que necesite autorización previa para los servicios mencionados anteriormente.Llámenos al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711 para obtener más detalles.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Examen de detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, tiene cobertura para el asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Este asesoramiento tiene cobertura si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o profesional para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de obesidad preventivo y la terapia.
Servicios del programa de tratamiento con opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (opioid use disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento de opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos para el tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU. • Entrega y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas Devoted Health también cubre el tratamiento con metadona para la dependencia de opioides.	\$0 de copago • Llame a Magellan, nuestro prestador de servicios de salud conductual, para encontrar un prestador de red. Puede comunicarse con ellos al 1-800-776-8684.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios con cobertura incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías • Radioterapia (radio e isótopo), incluidos materiales y suministros técnicos • Suministros quirúrgicos, como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Análisis de sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura comienza con la primera pinta que se usa (incluso análisis de sangre completo, concentrado de glóbulos rojos y todos los demás componentes sanguíneos) • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, incluidas las pruebas genéticas/de diagnóstico moleculares y las imágenes avanzadas, como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, pruebas de esfuerzo nuclear, ECG/ECG/EEG y tomografías por emisión de positrones <i>Nota: Debe usar prestadores de servicios de laboratorio de la red. Los análisis de laboratorio que se realicen fuera de la red serán denegados y es posible que usted sea responsable del costo.</i>	<u>Radiografías y ecografías</u> \$0 de copago en: • El consultorio de un PCP • El consultorio de un especialista • Un centro de atención de urgencia \$0 de copago en: • Un centro independiente \$25 de copago en: • Un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios <u>Radioterapia</u> 20% de coseguro en: • El consultorio de un PCP • El consultorio de un especialista • Un centro de radiología independiente 20% de coseguro en: • Un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios <u>Suministros médicos</u> \$0 de copago <u>Servicios de laboratorio</u> \$0 de copago en: • El consultorio de un PCP • El consultorio de un especialista • Un laboratorio independiente • Un centro de atención de urgencia

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
	\$0 de copago en: • Un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios <u>Servicios de sangre</u> \$0 de copago <u>Procedimientos y pruebas de diagnóstico</u> \$0 de copago en: • El consultorio de un PCP • El consultorio de un especialista • Un centro de atención de urgencia • Un centro independiente \$25 de copago en: • Un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios <u>Servicios de diagnóstico por imágenes avanzados (esto incluye resonancia magnética, tomografía computarizada, etc).:</u> \$0 de copago en: • El consultorio de un PCP • El consultorio de un especialista • Un centro de diagnóstico por imágenes independiente \$25 de copago en: • Un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
	Si su prestador de servicios médicos nos factura como parte de un sistema hospitalario, es posible que usted sea responsable de los costos compartidos del entorno hospitalario para pacientes ambulatorios por los servicios descritos en esta sección. Es posible que se requiera autorización previa para los servicios anteriores.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se proporcionan para determinar si es necesario que sea admitido como paciente hospitalizado o si puede recibir el alta. Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios.Los servicios de observación solo tienen cobertura cuando los proporciona un médico u otra persona autorizada por la ley de licencia estatal y los estatutos del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital u ordenar pruebas ambulatorias. Nota:A menos que el prestador de servicios médicos haya emitido una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos para los servicios hospitalarios.Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se le puede considerar paciente ambulatorio.Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. También puede obtener más información en la hoja de datos de Medicare llamada ¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio?Si está inscrito en Medicare, ipregunte!Esta hoja de datos está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.Puede llamar sin costo a estos números, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	copago de \$0 por estadía Esto es lo máximo que pagará durante una estadía de observación.Los servicios de atención médica con cobertura que sean proporcionados durante una estadía en observación no tendrán copagos adicionales.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted recibe en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios con cobertura incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento con hospitalización sin dicha atención • Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo Nota:A menos que el prestador de servicios médicos haya emitido una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos para los servicios hospitalarios.Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se le puede considerar paciente ambulatorio.Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.	<u>Colonoscopia de diagnóstico:</u> • \$0 de copago en cualquier lugar dentro de la red <u>Las consultas en un hospital para pacientes ambulatorios tienen un \$25 de copago.</u> Los costos compartidos de ciertos servicios prestados en un hospital para pacientes ambulatorios pueden ser menores, según el servicio prestado.Para obtener información detallada, consulte la sección correspondiente de esta Evidencia de Cobertura. <u>Servicios de emergencia:</u>Consulte la sección “Atención de emergencia” en este cuadro. <u>Cirugía ambulatoria:</u>Consulte la sección “Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios” en este cuadro. <u>Pruebas de laboratorio y de diagnóstico, radiografías, servicios radiológicos y suministros médicos:</u>Consulte la sección “Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios” en este cuadro.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
También puede obtener más información en la hoja de datos de Medicare llamada ¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si está inscrito en Medicare, ¡pregunte! Esta hoja de datos está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin costo a estos números, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	<u>Atención de salud mental, hospitalización parcial y atención para la dependencia de sustancias químicas:</u> Consulte las secciones "Atención de salud mental para pacientes ambulatorios", "Servicios de hospitalización parcial" y "Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios" en este cuadro. <u>Medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo:</u> Consulte la sección "Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare" en este cuadro. Es posible que necesite autorización previa para los servicios mencionados anteriormente. Si su prestador de servicios médicos nos factura como parte de un sistema hospitalario, es posible que usted sea responsable de los costos compartidos del entorno hospitalario para pacientes ambulatorios por los servicios descritos en esta sección.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios (sesiones individuales y grupales) Los servicios con cobertura incluyen los siguientes Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero especialista clínico, enfermero practicante, asistente médico u otro profesional de salud mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes estatales aplicables.	<u>Terapia individual</u> \$0 de copago <u>Terapia grupal</u> \$0 de copago • Es posible que necesite autorización previa para los servicios mencionados anteriormente. • Llame a Magellan, nuestro prestador de servicios de salud conductual, para encontrar un prestador de red. Puede comunicarse con ellos al 1-800-776-8684.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de rehabilitación ambulatoria Los servicios con cobertura incluyen los siguientes: Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Para la terapia de linfedema, pagará el copago de su especialista. Para obtener detalles, consulte la fila "Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio médico" de esta tabla. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en varios entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y los centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).	<u>Terapia física</u> \$0 de copago en: • El consultorio de un especialista • Un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios \$15 de copago en: • Un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios <u>Terapia ocupacional</u> \$0 de copago en: • El consultorio de un especialista • Un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios \$15 de copago en: • Un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios <u>Terapia del habla</u> \$0 de copago en: • El consultorio de un especialista • Un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios \$15 de copago en: • Un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
	Si su prestador de servicios médicos nos factura como parte de un sistema hospitalario, es posible que usted sea responsable de los costos compartidos del entorno hospitalario para pacientes ambulatorios por los servicios descritos anteriormente.
Servicios de control del abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Usted tiene cobertura para recibir tratamiento ambulatorio y servicios de asesoramiento por abuso de sustancias, como abuso de drogas o alcohol.	\$0 de copago • Para comenzar, llame a Magellan, nuestro proveedor de salud conductual. Puede comunicarse con ellos al 1-800-776-8684.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios. Nota: Si le harán una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su médico si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el prestador de servicios médicos emita una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos para cirugía ambulatoria. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se le puede considerar paciente ambulatorio.	<u>Colonoscopia de diagnóstico:</u> • \$0 de copago en cualquier lugar dentro de la red <u>Cirugía/procedimientos ambulatorios en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC):</u> • \$0 de copago para cirugías/procedimientos ambulatorios en un ASC <u>Cirugía/procedimientos ambulatorios en un hospital para pacientes ambulatorios:</u> • \$25 de copago para cirugías/procedimientos ambulatorios en un hospital para pacientes ambulatorios Es posible que necesite autorización previa para una cirugía ambulatoria. Llámenos al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711 para obtener más información.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Beneficio de medicamentos de venta libre Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales): • Usted obtiene una asignación de \$250 por trimestre para gastar en productos de salud y bienestar de venta libre aprobados por el plan, como analgésicos, gotas oftálmicas y pasta dental. • Si sus compras en la tienda cuestan más que su asignación, debe pagar la diferencia. Si cuestan menos, puede usar el resto de su asignación para otras compras en el mismo trimestre. • Para aprovechar este beneficio, puede hacer un pedido por teléfono o en línea y recibir sus productos en su hogar. También puede usar su asignación para comprar artículos aprobados en las tiendas CVS participantes (disponibles en tiendas independientes de CVS, Navarro y Longs Drugs). • Debe utilizar los métodos descritos anteriormente para acceder a este beneficio de OTC. Las solicitudes de reembolso no están permitidas para compras que haga de su bolsillo. • Los artículos comprados con el beneficio de OTC no admiten devoluciones ni cambios (a excepción de los artículos dañados). • Los artículos elegibles se enumeran en el catálogo de OTC. Solo los artículos enumerados en el catálogo de OTC tienen cobertura del beneficio de OTC, sin importar dónde los compre. • Llámenos al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711 para obtener más información.	\$250 por trimestre • No hay copago ni coseguro para utilizar este beneficio. • Los trimestres comienzan en enero, abril, julio y octubre. • No se transfieren los saldos no utilizados. • No se requiere autorización.
Algunas cosas útiles que debe saber: • Los precios del catálogo no pueden combinarse con ofertas promocionales o recompensas ExtraBucks®.	

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• Hay algunos productos que tienen límites especiales (estos límites especiales se indican o marcan en el catálogo). • Los artículos OTC solo pueden pedirse para un miembro inscrito. • Los pedidos que haga en línea o por teléfono no pueden superar el monto de su beneficio trimestral. Si sus compras en la tienda cuestan más que su asignación, debe pagar la diferencia. • No se permiten devoluciones ni cambios. • Si recibe un artículo dañado, llame a OTC Health Solutions en un plazo de 30 días a partir de la recepción para obtener un artículo de reemplazo. Puede haber ocasiones en las que un artículo no esté disponible; sin embargo, se puede proporcionar un sustituto adecuado.	
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios Hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo suministrado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y que es una alternativa para la hospitalización de pacientes. El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento de terapia de salud conductual activa (mental) que se proporciona en un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud federalmente calificado o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	\$0 de copago por día • Es posible que este medicamento necesite autorización previa. • Llame a Magellan, nuestro prestador de servicios de salud conductual, para encontrar un prestador de red. Puede comunicarse con ellos al 1-800-776-8684.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS) Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales): Un sistema personal de respuesta a emergencias (Personal Emergency Response System, PERS) es un sistema de monitoreo de alerta médica que le brinda acceso a asistencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, con solo presionar un botón.En caso de caída u otra emergencia, simplemente pulse el botón de ayuda ligero e impermeable y conéctese directamente al Centro de monitoreo de LifeStation. • Debe utilizar nuestro proveedor contratado para obtener este beneficio. • Ofrecemos diferentes estilos para adaptarse mejor a su estilo de vida, incluidos dispositivos con detección de caídas y diversos dispositivos móviles portátiles. Los beneficios incluidos son los siguientes: • Costo del dispositivo • Cargos mensuales de monitoreo • Detección de caídas (disponible en ciertos estilos) • Cubrimos un dispositivo al año.La sustitución de dispositivos perdidos o dañados no está cubierta y usted es responsable de los costos.	\$0 de copago • Llámenos al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833), TTY 711 para obtener más información. • No se requiere autorización.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Examen físico (de rutina) Además de la consulta anual de bienestar o el examen físico Bienvenido a Medicare, Devoted Health cubre el siguiente examen una vez por año calendario: • Examen físico completo y evaluación de afecciones crónicas Puede incluir antecedentes, examen e intervenciones de asesoramiento/reducción del factor de riesgo. Nota: el examen físico no incluye pruebas de laboratorio ni procedimientos o pruebas de diagnóstico.Cualquier prueba de laboratorio o diagnóstico realizada durante su consulta puede tener un costo compartido adicional, como se describe en la sección “Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios” de esta tabla.	\$0 de copago

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de médicos y profesionales, incluidas las visitas al consultorio médico. Los servicios con cobertura incluyen los siguientes: • Servicios de atención médica o cirugía médicamente necesarios proporcionados en la consulta de un médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes ambulatorios del hospital o cualquier otro lugar • Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio efectuados por su especialista si su médico lo solicita para saber si usted necesita tratamiento médico • Determinados servicios de telesalud adicionales.Consulte la sección de "Servicios de telesalud" en este cuadro • Evaluación remota de imágenes o videos pregrabados enviados a su médico • Consultas de su médico con otros médicos por vía telefónica, internet o registro de salud electrónico • Segunda opinión de otro prestador de servicios médicos de la red antes de la cirugía • Atención dental no rutinaria (los servicios con cobertura están limitados a cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de piezas dentales para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación para el cáncer neoplásico, o servicios que tendrían cobertura si los brindara un médico).	<u>Consultas con su médico de atención primaria (PCP):</u> \$0 de copago • Este es el monto que pagará por cada consulta con su médico de atención primaria (PCP). <u>Consultas con sus especialistas:</u> \$0 de copago • Este es el monto que pagará por cada consulta con sus especialistas. No necesita una autorización previa para ver a su PCP; sin embargo, es posible que necesite autorización previa para cualquier atención médica que su PCP o especialista le brinde (p. ej., tratamientos de diagnóstico o cirugías).Llámenos al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711 para obtener más información. Si su prestador nos factura como parte de un sistema hospitalario, es posible que usted sea responsable de los costos compartidos del entorno hospitalario para pacientes ambulatorios por los servicios descritos en esta sección. Los costos compartidos de otros servicios prestados como paciente ambulatorio se describen en este capítulo.

Capítulo 4 : Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
	Nota: Antes de recibir servicios de un especialista, es posible que primero necesite una orden médica o aprobación de su PCP. Asegúrese de pedirle una orden médica a su PCP. Visite nuestro sitio web en www.devoted.com para obtener una lista de consultas a especialistas que requieren derivaciones.
Servicios de podología Los servicios con cobertura incluyen los siguientes: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedos en martillo o espolones en el talón) • Cuidado de rutina de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan a las extremidades inferiores Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales): Entre los beneficios complementarios de podología con cobertura se incluyen: • Tratamiento de pie plano u otra desalineación estructural de los pies • Eliminación de durezas • Eliminación de verrugas • Eliminación de callos • Cuidados higiénicos, incluido el recorte de uñas	<u>Cuidado de los pies con cobertura de Medicare</u> \$0 de copago • Este es el monto que pagará por los servicios de podología y las consultas cubiertas por los criterios de Medicare. <u>Cuidado de rutina de los pies</u> \$0 de copago • Este es el monto que pagará por el cuidado de rutina de los pies. Este es un beneficio adicional que le ofrece Devoted Health. • Este beneficio lo cubre por 12 consultas por año
 Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres de 50 años o más, los servicios con cobertura incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses: • Examen rectal digital • Prueba de antígeno prostático específico (PSA)	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba de PSA anual.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (distintos de los dentales) que reemplazan la totalidad o parte de una parte o función del cuerpo.Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluida una braziere quirúrgica después de una mastectomía).Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y la reparación o sustitución de dispositivos protésicos.También incluye cierta cobertura tras la extracción de cataratas o la cirugía de cataratas; consulte "Cuidado de la vista" más adelante en esta sección para obtener más detalles. Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales): Las medias de compresión de gradiente o las medias quirúrgicas tienen cobertura para miembros con edema periférico de las extremidades inferiores, insuficiencia venosa sin úlceras por estasis, linfedema, varicosidades sintomáticas, síndrome postrombótico (síndrome postflebítico) o hipotensión postural, o para prevenir la recurrencia de úlceras por estasis que se hayan curado. • Medias de compresión de gradiente: hasta 2 pares cada 6 meses O medias quirúrgicas: hasta 2 pares cada 6 meses • Mangas de mastectomía para miembros con diagnóstico de linfedema postmastectomía: hasta 2 mangas cada 6 meses Nota:Devoted Health continuará cubriendo las medias de compresión de gradiente de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare para la insuficiencia venosa con úlceras por estasis.Debe recibir una receta escrita de un médico de la red para obtener estos artículos.Debe utilizar un proveedor contratado para obtener artículos con cobertura.	<u>Medias de compresión y mangas para mastectomía:</u> \$0 de copago <u>Suministros de ostomía y suministros urológicos:</u> \$0 de copago <u>Todos los demás dispositivos protésicos y suministros relacionados:</u> 20% de coseguro Es posible que necesite autorización previa para cualquiera de los artículos anteriores o suministros relacionados.Llámenos al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711 para obtener más información.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Llámenos al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711 para obtener más información.	
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar tienen cobertura para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.Su prestador de servicios médicos debe verificar que usted necesita este servicio y solicitarlo por usted.	\$0 de copago
 Examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que consumen alcohol de forma indebida, pero no dependen del alcohol. Si da positivo en la detección del abuso de alcohol, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento presencial por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico o profesional de atención primaria calificado en un entorno de atención primaria.	No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo de terapia y examen de detección para reducir el abuso de alcohol con cobertura de Medicare.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (low-dose computed tomography, LDCT) En el caso de las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses. Los miembros elegibles son: personas de 50 a 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes-año y que fuman actualmente o que han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito de LDCT durante una visita de asesoramiento para la detección del cáncer de pulmón y una consulta para la toma de decisiones compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas consultas y que son proporcionadas por un médico o un profesional no médico calificado. <i>Para las pruebas de detección del cáncer de pulmón mediante LDCT después de la prueba de detección inicial mediante LDCT:</i> el miembro debe recibir una orden por escrito para la prueba de detección del cáncer de pulmón mediante LDCT, que puede proporcionarse durante cualquier consulta adecuada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado elige proporcionar asesoramiento para la detección del cáncer de pulmón y una consulta para la toma de decisiones compartida para las pruebas de detección del cáncer de pulmón posteriores con LDCT, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.	No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por el Programa Medicare o para la LDCT.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Examen de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un mayor riesgo de tener una ITS cuando las pruebas las solicita un proveedor de atención primaria.Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones individuales de asesoramiento conductual de alta intensidad, cara a cara, de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de ITS.Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son proporcionadas por un proveedor de atención primaria y tienen lugar en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de exámenes de detección de ITS y terapia para prevenirlas con cobertura de Medicare.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios con cobertura incluyen los siguientes: • Servicios de educación sobre enfermedades renales (nefropatías) para aprender sobre los cuidados renales y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV derivados por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de educación sobre enfermedades renales de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se está temporalmente fuera del área de servicio, como se explicó en el Capítulo 3, o cuando su prestador de este servicio no esté disponible o accesible temporalmente). • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si lo admiten como paciente hospitalizado en un hospital para cuidados médicos especializados) • Entrenamiento para la autodiálisis (incluye el entrenamiento para usted y una persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipos y suministros de diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de empleados entrenados en diálisis para verificar su diálisis en el hogar para ayudar en caso de emergencia y para verificar sus suministros de agua y equipo de diálisis) Ciertos medicamentos para diálisis están incluidos en su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Si desea información sobre cobertura para medicamentos de la Parte B, ingrese en la sección Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.	<u>Servicios de educación sobre enfermedades renales</u> \$0 de copago • Su prestador de servicios médicos debe verificar que usted necesita este servicio y solicitarlo por usted. <u>Servicios de diálisis renal</u> 20% de coseguro

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para ver una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF). Usted tiene cobertura hasta por 100 días para cada período de beneficios.A diferencia de Medicare tradicional, no es necesario que permanezca en el hospital durante tres días antes de ir a un SNF. Los servicios con cobertura incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación compartida (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Atención de enfermería especializada • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que se le administren como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre) • Análisis de sangre, incluido el almacenamiento y la administración.La cobertura comienza con la primera pinta que se usa (incluso análisis de sangre completo, concentrado de glóbulos rojos y todos los demás componentes sanguíneos) • Suministros médicos y quirúrgicos generalmente suministrados por centros de enfermería especializada • Análisis de laboratorio que por lo general brindan los centros de enfermería especializada • Radiografías y otros servicios de radiología que por lo general brindan los centros de enfermería especializada • Uso de aparatos como sillas de ruedas, que por lo general brindan los centros de enfermería especializada • Servicios del médico/profesional	Usted paga \$0 por día durante los días 1 hasta el 20 Usted paga \$203 por día durante los días 21 hasta el 100 Recordatorio:Dejará de pagar estos costos una vez que alcance el monto máximo de bolsillo del plan. • Usted tiene cobertura de hasta 100 días por cada período de beneficios para servicios para pacientes hospitalizados en un SNF, según las pautas de Medicare. • Un período de beneficios comienza el primer día que va a un SNF.Finaliza cuando no ha estado hospitalizado en ningún hospital o SNF durante 60 días consecutivos.Si acude a un SNF luego de que finalizó un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. • No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener. • Es posible que se requiera autorización previa.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
En general, recibirá su atención en centros de enfermería especializada que forman parte de la red.No obstante, en ciertas situaciones, que se enumeran a continuación, puede pagar los costos compartidos de la red en un centro que no sea un prestador de servicios médicos de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un asilo o comunidad de atención continua para personas mayores donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde atención de SNF) • Un SNF donde viva su cónyuge o pareja de hecho al momento en que usted abandona el hospital	
Terapia para dejar de fumar (asesoramiento para dejar de fumar) <u>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco:</u>Cubrimos dos sesiones de asesoramiento para intentar dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted.Cada sesión de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas presenciales. <u>Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</u>Cubrimos los servicios de asesoramiento para dejar de fumar.Cubrimos dos sesiones de asesoramiento para intentar dejar de fumar en un plazo de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido aplicable.Cada sesión de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas presenciales.	No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar con cobertura de Medicare.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Terapia de ejercicios supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET) La SET está cubierta para miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática.Su prestador de servicios médicos debe verificar que usted necesita este servicio y solicitarlo por usted. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe: • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos, con un programa de ejercicios de entrenamiento terapéutico para la PAD en pacientes con claudicación • Realizarse en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio del médico • Brindarse por personal auxiliar calificado necesario para asegurarse de que el beneficio exceda el daño y que esté entrenado para la terapia de ejercicios para la PAD • Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico o un practicante de enfermería/enfermero especialista profesional entrenado en técnicas tanto básicas como avanzadas de soporte de vida Se podrá cubrir el programa de SET después de las 36 sesiones en el curso de 12 semanas por 36 sesiones más en un período de tiempo prolongado si el prestador de servicios médicos lo considera médicamente necesario.	\$0 de copago • No necesita una autorización previa o derivación para que su plan pague por esto, pero sí necesita que su prestador de servicios médicos verifique que lo necesita y lo solicite por usted.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de telesalud Devoted Health cubrirá las Visitas al médico/ profesional realizadas virtualmente (como por teléfono o chat de video) por un prestador de servicios médicos de la red que ofrece el servicio de telesalud. • Ciertos servicios de telesalud que incluyen: • Consultas de atención primaria • Consultas con un médico especialista • Consultas de salud mental (individuales y grupales) • Consultas de podología • Consultas psiquiátricas (individuales y grupales) • Servicios de Terapia física, terapia ocupacional y patología del habla y el lenguaje • Sesiones de abuso de sustancias (individuales y grupales) • Educación sobre enfermedades renales • Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes • Usted tiene la opción de recibir estos servicios a través de una consulta presencial o de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe usar un prestador de servicios médicos de la red que ofrezca el servicio de telesalud. • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal para miembros que reciben diálisis domiciliaria en un centro hospitalario o centro de diálisis renal hospitalario de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de síntomas de un derrame cerebral, independientemente de su ubicación	<u>Visitas virtuales al PCP</u> \$0 de copago <u>Visitas virtuales a especialistas</u> \$0 de copago <u>Consultas virtuales de salud conductual</u> \$0 de copago <u>Consultas virtuales para terapia ocupacional, Terapia física y terapia del habla</u> \$0 de copago Antes de recibir los servicios, es posible que primero deba obtener una derivación o aprobación de su PCP. Asegúrese de solicitarle a su PCP una derivación para Visitas virtuales a especialistas.

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: • Tiene una consulta en persona en los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud • Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud • Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rural y centros de salud federalmente calificados • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5 a 10 minutos si se cumple lo siguiente: • Usted no es un paciente nuevo y • El control no está relacionado con una consulta presencial realizada en los últimos 7 días y • El control no da como resultado una consulta presencial dentro de las 24 horas o en la cita disponible más pronta. • Evaluación de video o imágenes que envía a su médico, interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas si se cumple lo siguiente: • Usted no es un paciente nuevo y • La evaluación no está relacionada con una consulta presencial realizada en los últimos 7 días y • La evaluación no da como resultado una consulta presencial dentro de las 24 horas o en la cita disponible más pronta	

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Es posible que este beneficio no sea ofrecido por todos los prestadores de servicios médicos.Hable con su médico sobre las opciones de telesalud disponibles. Consulte directamente a su prestador de servicios médicos sobre la disponibilidad de servicios de telesalud.	

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de urgencia Se proporcionan servicios de urgencia para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista que no sea de emergencia y que requiera atención médica inmediata, pero dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de prestadores de servicios médicos de la red.Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener atención médica de inmediato de un prestador de servicios médicos de la red, su plan cubrirá los servicios de urgencia de un prestador fuera de la red.Los servicios deben ser médicamente necesarios y requerirse de manera inmediata.Ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red ocurren si:Usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan y requiere servicios médicamente necesarios de inmediato para una afección imprevista, pero no es una emergencia médica, o es poco razonable, dadas sus circunstancias, obtener atención médica de inmediato de un prestador de servicios médicos de la red.Los costos compartidos por servicios de urgencia provistos por prestadores fuera de la red es el mismo que tendrían si fueran provistos por prestadores de la red. Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales): Usted tiene cobertura a nivel internacional para servicios de urgencia.Cuando necesite atención de urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, primero tiene que pagar los costos usted mismo.Luego, envíenos una reclamación para que podamos reembolsarle el dinero. • Cubriremos los costos hasta el monto que pagamos a los prestadores de servicios médicos en los EE. UU.; si sus costos son más altos, tendrá que pagar la diferencia. • Igualmente debe pagar su parte habitual de los costos, como su copago estándar por servicio de ambulancia.	<u>Servicios de urgencia con su PCP</u> \$0 de copago <u>Servicios de urgencia en un centro de atención de urgencia o una clínica sin cita previa</u> \$0 de copago • Usted paga un \$0 de copago por los servicios de urgencia prestados en un centro de atención de urgencia. • Los servicios prestados en una sala de emergencias de un hospital incurrirán en un copago de sala de emergencias.Consulte la sección <i>Atención médica de emergencia</i> de este cuadro para obtener más detalles. <u>Servicios de urgencia a nivel internacional (servicios fuera de los Estados Unidos)*</u> • Su costo compartido de los servicios de urgencia a nivel internacional es: \$135 de copago

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• Si recibe servicios de urgencia fuera de los Estados Unidos o sus territorios, pagará su copago de atención médica de emergencia.Consulte la sección Atención médica de emergencia de este cuadro para obtener más detalles. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7 o llámenos al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711.	

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Cuidado de la vista Los servicios con cobertura incluyen los siguientes: • Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad. Original Medicare no cubre exámenes rutinarios de la vista (refracciones oculares) para gafas/lentes de contacto • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más e hispanoamericanos de 65 años o más • Para las personas con diabetes, el cribado de la retinopatía diabética se cubre una vez al año • Un par de gafas o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular (si tiene dos operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos gafas después de la segunda cirugía). Todos los servicios anteriores tienen cobertura de Medicare. Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales): Como miembro de Devoted Health, usted tiene cobertura para un examen rutinario de la vista (que incluye refracción, si es necesario) y dinero para gafas o lentes de contacto.	<u>Servicios para la visión con cobertura de Medicare</u> \$0 de copago Esto incluye consultas con un especialista para servicios de diagnóstico de la vista, incluidas consultas de seguimiento después de una cirugía de cataratas. <u>Examen anual de detección de glaucoma</u> Copago de \$0 <u>Examen anual de detección de retinopatía diabética</u> Copago de \$0 <u>Gafas o lentes de contacto con cobertura de Medicare (después de una cirugía de cataratas)</u> Copago de \$0 • Usted tiene cobertura de Medicare para dos pares de gafas estándar con marcos estándar o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas. <u>Examen rutinario de la vista</u> \$0 de copago • Usted tiene cobertura para 1 examen rutinario de la vista cada año. <u>Anteojos</u> Su plan paga hasta \$400 por año por lo siguiente:

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
	• Gafas y lentes (puede comprar varios pares) 0 • Reemplazo de marcos o lentes 0 • Lentes de contacto: el cargo por ajuste de lentes de contacto también tiene cobertura y no cuenta para su asignación de \$400 por año. La asignación no puede combinarse para la compra de gafas y lentes de contacto. Debe usar los prestadores dentro de la red de Devoted Health para obtener beneficios de anteojos. Si utiliza otros prestadores de servicios médicos, usted será responsable del costo total. Los reembolsos no están permitidos para gastos incurridos en prestadores de servicios médicos o minoristas fuera de la red.

Capítulo 4 : Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” El plan cubre la consulta preventiva Bienvenido a Medicare por única vez. La consulta incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y derivaciones para otro tipo de atención si es necesario. Importante: Cubrimos la consulta preventiva Bienvenido a Medicare solo dentro de los primeros 12 meses en que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su consulta preventiva Bienvenido a Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.

Beneficios dentales complementarios obligatorios

Devoted Health pagará hasta \$2,000 por año para los Servicios dentales integrales que se enumeran a continuación. Los servicios considerados preventivos están excluidos de este máximo.

Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales):

- Usted tiene cobertura para limpiezas, exámenes de rutina, radiografías y más. Revise el cuadro de abajo para conocer una lista de servicios con cobertura y limitaciones.
- Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios, lo que significa que su dentista debe presentar un formulario de reclamación antes de brindar esos servicios. Para los servicios que no requieren autorización previa, recomendamos encarecidamente que su dentista envíe un formulario de reclamación antes de brindar los servicios.
- Debe consultar a dentistas dentro de la red.

Exclusiones & limitaciones:

- Usted solo tiene cobertura para los servicios dentales, códigos y límites que se enumeran en la tabla a continuación. Se recomienda que trabaje con un dentista de la red para verificar la elegibilidad de los beneficios antes de obtener servicios dentales.
- Devoted Health no cubrirá los servicios dentales prestados que no figuren como un código con cobertura, o si usted excede cualquier límite de beneficios dentales o el máximo de cobertura dental anual y usted será responsable del costo total.

- Los montos de gastos de bolsillo o costos compartidos relacionados con los servicios dentales complementarios no se tendrán en cuenta para su monto máximo de bolsillo para gastos médicos.
- Si usted y su dentista no están seguros de sus beneficios para un ciclo específico de tratamiento, Devoted Health recomienda que usted solicite una estimación previa al tratamiento, también conocida como determinación anticipada. Debe pedirle a su dentista que envíe el formulario de reclamación antes de realizar los servicios propuestos. Antes de comenzar el tratamiento, recibirá información en la que se le indicará si los servicios están cubiertos, así como una estimación de la parte que le corresponde pagar del costo y cuánto pagará Devoted Health.
- El socio dental de Devoted puede realizar una revisión clínica de los servicios antes o después del tratamiento para determinar si son apropiados y necesarios en función de los estándares del sector y si cumplen con los criterios clínicos y las pautas de cobertura de nuestro socio dental. Cualquier tratamiento que se determine que no es necesario o que no cumple los criterios clínicos no estará cubierto por el plan, y usted será responsable de todos los costos asociados.

CÓDIGO	SERVICIO	FRECUENCIA	DETALLES DEL BENEFICIO
Preventivo			
Lo que usted paga: 0% de coseguro			
Exámenes			
D0120	Examen de control de rutina	2 procedimientos por año calendario	Sin cobertura dentro de los 6 meses de recibir D0150 o D0180
D0140	Evaluación dental para evaluar un problema o queja específica	2 procedimientos por año calendario	Sin cobertura con cualquier otro código de examen el mismo día
D0150	Examen completo de nuevo paciente	1 procedimiento cada 3 años calendario	Sin cobertura dentro de los 3 años de recibir D0180
D0180	Examen para un paciente nuevo o establecido con enfermedad de las encías o factores de riesgo, como fumar o padecer diabetes	1 procedimiento cada 3 años calendario	Sin cobertura dentro de los 3 años de recibir D0150
D0191	Evaluación de un paciente	2 procedimientos por año calendario	Con cobertura solo si recibe D9995 o D9996 el mismo día. Sin cobertura cuando se envía otro código de examen el mismo día.
Radiografías			
D0210	Set de radiografías de boca completa	1 procedimiento cada 3 años calendario	Sin cobertura dentro de los 3 años de recibir D0330

CÓDIGO	SERVICIO	FRECUENCIA	DETALLES DEL BENEFICIO
D0220	Radiografía de todo el diente (primera imagen)	1 procedimiento por fecha de servicio	Sin cobertura si se realiza el mismo día que D0210 o D0330
D0230	Radiografía de todo el diente (imágenes adicionales)	Sin límite	Sin cobertura si se realiza el mismo día que D0210 o D0330
D0270	Radiografía (procedimientos de radiografía de mordida) para diagnosticar caries entre los dientes en la parte posterior de la boca	1 código de procedimiento de radiografía de aleta de mordida por año calendario	Sin cobertura si se realiza el mismo año que D0210
D0272			
D0273			
D0274			
D0277			
D0330	Radiografía panorámica de todos los dientes y hueso cercano	1 procedimiento cada 3 años	Sin cobertura dentro de los 3 años de recibir D0210
D0350	Imagen fotográfica 2D	1 procedimiento por año calendario	Con cobertura solo cuando se realiza el mismo día que D9995 o D9996
D0801	Escaneo 3D de superficie dental, directo	1 de (D0801, D0802) cada año calendario	
D0802	Escaneo 3D de superficie dental, indirecto	1 de (D0801, D0802) cada año calendario	
D0803	Escaneo 3D de superficie facial, directo	1 de (D0803, D0804) cada año calendario	
D0804	Escaneo 3D de superficie facial, indirecto	1 de (D0803, D0804) cada año calendario	
Limpiezas			
D1110	Limpieza dental de rutina para adultos	2 procedimientos por año calendario	No se puede realizar el mismo día que otro tipo de limpieza (D4355, D4910, D4341, D4342) o cirugía de encías (D4210, D4211, D4240, D4241, D4260, D4261)
Fluoruro			
D1208	Tratamiento tópico con fluoruro	2 procedimientos por año calendario	2 tratamientos tópicos con fluoruro (D1208) o aplicaciones de medicamentos desensibilizantes (D9910) por año calendario

CÓDIGO	SERVICIO	FRECUENCIA	DETALLES DEL BENEFICIO
Integral			
Lo que usted paga: 0% de coseguro			
Empastes			
D2140			
D2150	Empaste de color plata en los dientes anteriores, medios o posteriores	Sin límite	1 procedimiento por superficie, por diente, cada 2 años
D2160			
D2161			
D2330			
D2331	Empaste de color blanco en los dientes anteriores	Sin límite	1 procedimiento por superficie, por diente, cada 2 años
D2332			
D2335			
D2390	Empaste de color blanco que reemplaza toda la superficie exterior de un diente anterior	Sin límite	1 procedimiento por diente, cada 5 años
D2391			
D2392	Empaste de color blanco en los dientes medios o posteriores	Sin límite	1 procedimiento por superficie, por diente, cada 2 años
D2393			
D2394			
Coronas			
D2740			
D2750			
D2752	Funda (corona) hecha de metal, porcelana, porcelana fundida con metal o titanio	Sin límite	1 código de corona o de retenedor tipo puente (consulte los códigos de puente cubiertos a continuación) por diente cada 5 años
D2753			
D2790			
D2792			
D2794			

CÓDIGO	SERVICIO	FRECUENCIA	DETALLES DEL BENEFICIO
Otros servicios de corona			
D2910	Recementación (volver a pegar) de una incrustación, una sobreincrustación, una carilla o una corona parcial previa que se ha caído	Sin límite	1 procedimiento por diente cada 2 años calendario
D2920	Recementación (volver a pegar) de una corona previa que se ha caído	Sin límite	1 procedimiento por diente cada 2 años calendario, solo cubierto 6 meses después de la colocación inicial de la corona
D2940	Empaste protector para aliviar el dolor o promover la sanación, que suele ser una solución temporal	Sin límite	1 procedimiento por diente de por vida
D2950	Empaste de reconstrucción que se coloca para preparar un diente para una nueva funda (corona)	Sin límite	1 código de procedimiento de reconstrucción (D2950, D2952, D2954) por diente cada 5 años, sin cobertura cuando se factura un código de empaste por separado en el mismo diente el mismo día
D2951	Espigo usado para retener un empaste grande	Sin límite	1 procedimiento por diente cada 5 años, no cubierto cuando se factura con D2950, D2952 o D2954 el mismo día
D2952	Espigo hecho a medida y empaste de reconstrucción que suele fabricar un laboratorio dental, colocados después de un tratamiento de conducto para preparar el diente para una funda (corona)	Sin límite	1 código de procedimiento de reconstrucción (D2950, D2952, D2954) por diente cada 5 años, sin cobertura cuando se factura un código de empaste por separado en el mismo diente el mismo día
D2953	Cada espigo adicional hecho a medida	Sin límite	1 procedimiento por diente cada 5 años, solo cubierto cuando el diente recibe D2952 el mismo día

CÓDIGO	SERVICIO	FRECUENCIA	DETALLES DEL BENEFICIO
D2954	Espigo prefabricado y empaste de reconstrucción que no fabrica un laboratorio dental, colocados después de un tratamiento de conducto para preparar el diente para una funda (corona)	Sin límite	1 código de procedimiento de reconstrucción (D2950, D2952, D2954) por diente cada 5 años, sin cobertura cuando se factura un código de empaste por separado en el mismo diente el mismo día
D2980	Reparación de una sola corona (es decir, porcelana astillada) con material de empaste	Sin límite	1 procedimiento por diente cada 5 años, cubierto solo después de 2 años a partir de la fecha de colocación de la corona
Tratamientos de conducto			
D3310	Tratamiento de conducto inicial en un diente anterior, medio o posterior	Sin límite	1 código de procedimiento de tratamiento de conducto inicial (D3310, D3320, D3330) y 1 código de procedimiento de nuevo tratamiento de conducto (D3346, D3347, D3348) por diente de por vida
D3320			
D3330			
D3346	Nuevo tratamiento de conducto (rehacer) en un diente anterior, medio o posterior	Sin límite	1 código de procedimiento de tratamiento de conducto inicial (D3310, D3320, D3330) y 1 código de procedimiento de nuevo tratamiento de conducto (D3346, D3347, D3348) por diente de por vida
D3347			
D3348			
Cirugía de las encías			
D4210	Procedimientos quirúrgicos que tratan la enfermedad periodontal (enfermedad de las encías) para promover la sanación de las encías y el hueso subyacente	1 código de procedimiento por cuadrante cada 3 años calendario, sin exceder 4 cuadrantes únicos cada 3 años calendario	Sin cobertura si se realiza otra limpieza (D1110, D4355, D4910) o limpieza profunda (D4341, D4342) el mismo día
D4211			
D4240			
D4241			
D4260			
D4261			

CÓDIGO	SERVICIO	FRECUENCIA	DETALLES DEL BENEFICIO
Otros servicios relacionados con las encías			
D4341		1 código de	
D4342	Limpieza profunda que se realiza para eliminar bacterias, placa y sarro debajo de la línea de las encías, a lo largo de las raíces de los dientes	procedimiento de limpieza a fondo por cuadrante cada 3 años calendario, sin exceder 4 cuadrantes únicos cada 3 años calendario	Sin cobertura si se realiza otra limpieza (D1110, D4355, D4910) o procedimiento de cirugía de las encías (D4210, D4211, D4240, D4241, D4260, D4261) el mismo día
D4355	Limpieza que se realiza cuando hay demasiado sarro en los dientes para hacer un examen eficaz	1 procedimiento cada 3 años calendario	Sin cobertura si se realiza otra limpieza (D1110, D4910), limpieza profunda (D4341, D4342) o cirugía de encías (D4210, D4211, D4240, D4241, D4260, D4261) el mismo día
D4381	Medicamento antimicrobiano aplicado dentro de la cavidad de la encía inflamada alrededor de un diente	2 procedimientos por diente por año calendario, limitados a 2 dientes por cuadrante	Con cobertura solo si se realiza el mismo día que D4910
D4910	Limpieza dental de rutina para un adulto con antecedentes de enfermedad de las encías	3 procedimientos por año calendario	Con cobertura solo si tiene antecedentes de una limpieza profunda (D4341, D4342) o una cirugía de encías (D4210, D4211, D4240, D4241, D4260, D4261)
Dentaduras postizas completas			
D5110	Dentadura postiza superior completa (para pacientes a los que les faltan todos los dientes superiores)	1 procedimiento cada 5 años calendario	Sin cobertura dentro de los 5 años de recibir una dentadura postiza parcial superior (D5211, D5213, D5225)
D5120	Dentadura postiza inferior completa (para pacientes a los que les faltan todos los dientes inferiores)	1 procedimiento cada 5 años calendario	Sin cobertura dentro de los 5 años posteriores a la recepción de una dentadura postiza parcial inferior (D5212, D5214, D5226)

CÓDIGO	SERVICIO	FRECUENCIA	DETALLES DEL BENEFICIO
D5130	Dentadura postiza superior completa que se entrega el mismo día de la extracción de los dientes superiores remanentes. Esta dentadura postiza es temporal y se denomina dentadura postiza superior completa inmediata.	1 procedimiento de por vida	Solo cubierto el día de las extracciones dentales superiores o después de esa fecha
D5140	Dentadura postiza inferior completa que se entrega el mismo día de la extracción de los dientes inferiores remanentes. Esta dentadura postiza es temporal y se denomina dentadura postiza inferior completa inmediata.	1 procedimiento de por vida	Con cobertura solo a partir del día de las extracciones de dientes inferiores
Dentaduras postizas parciales			
D5211	Dentadura postiza superior parcial (para pacientes a los que les faltan algunos dientes superiores)	1 código de procedimiento cada 5 años calendario	Sin cobertura dentro de los 5 años posteriores a la recepción de una dentadura postiza unilateral superior parcial extraíble (D5284, D5286)
D5213			
D5225			
D5212	Dentadura postiza inferior parcial (para pacientes a los que les faltan algunos dientes inferiores)	1 código de procedimiento cada 5 años calendario	Sin cobertura dentro de los 5 años posteriores a la recepción de una dentadura postiza unilateral inferior parcial extraíble (D5284, D5286)
D5214			
D5226			
D5221	Dentadura postiza superior parcial que se entrega el mismo día de la extracción de algunos dientes superiores. Esta dentadura postiza es temporal y se denomina dentadura postiza superior parcial inmediata.	1 código de procedimiento de por vida	No cubierto el mismo día que reciba una dentadura postiza parcial superior (D5211, D5213, D5225)
D5223			
D5227			

CÓDIGO	SERVICIO	FRECUENCIA	DETALLES DEL BENEFICIO
D5222 D5224 D5228	Dentadura postiza inferior parcial que se entrega el mismo día de la extracción de algunos dientes inferiores. Esta dentadura postiza es temporal y se denomina dentadura postiza inferior parcial inmediata.	1 código de procedimiento de por vida	No cubierto el mismo día que reciba una dentadura postiza parcial inferior (D5212, D5214, D5226)
D5284 D5286	Dentadura postiza unilateral parcial extraíble para el arco superior o inferior. Esta es una dentadura postiza “de cuadrante” destinada a reemplazar solo 1 o 2 dientes faltantes.	1 código de procedimiento por arco cada 5 años calendario	Sin cobertura dentro de los 5 años posteriores a la recepción de una dentadura postiza superior parcial (D5211, D5213, D5225) o una inferior parcial (D5212, D5214, D5226)
Ajustes de dentadura postiza			
D5410 D5421	Ajuste de una dentadura postiza superior completa o una superior parcial	2 procedimientos por año calendario	Sin cobertura dentro de los 6 meses posteriores a la recepción de una dentadura postiza completa superior (D5110) o una parcial superior (D5211, D5213, D5225)
D5411 D5422	Ajuste de una dentadura postiza inferior completa o una inferior parcial	2 procedimientos por año calendario	Sin cobertura dentro de los 6 meses posteriores a la recepción de una dentadura postiza inferior completa (D5120) o una inferior parcial (D5212, D5214, D5226)
Reparaciones de dentadura postiza			
D5511 D5512	Reparación de la base de una dentadura postiza completa superior o inferior	1 código de procedimiento por base de dentadura postiza completa cada 5 años calendario	Sin cobertura dentro de los 6 meses posteriores a la recepción de una dentadura postiza completa superior (D5110) o una completa inferior (D5120)
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos en una dentadura postiza completa	1 procedimiento por dentadura postiza completa, por año calendario	Sin cobertura dentro de los 6 meses posteriores a la recepción de una dentadura postiza completa superior (D5110) o una completa inferior (D5120)

CÓDIGO	SERVICIO	FRECUENCIA	DETALLES DEL BENEFICIO
D5611	Reparación de una base o estructura de dentadura postiza parcial superior o inferior	1 código de procedimiento por base o estructura de dentadura postiza parcial cada 5 años calendario	Sin cobertura dentro de los 6 meses posteriores a la recepción de una dentadura postiza superior parcial (D5211, D5213, D5225) o una inferior parcial (D5212, D5214, D5226)
D5612			
D5621			
D5622			
D5630	Reparación o reemplazo de un gancho roto en una dentadura postiza parcial	1 procedimiento por dentadura postiza parcial cada 5 años calendario	Sin cobertura dentro de los 6 meses posteriores a la recepción de una dentadura postiza superior parcial (D5211, D5213, D5225) o una inferior parcial (D5212, D5214, D5226)
D5640	Reemplazo de un diente roto o adición de un diente a una dentadura postiza parcial	1 código de procedimiento por dentadura postiza parcial, por año calendario	Sin cobertura dentro de los 6 meses posteriores a la recepción de una dentadura postiza superior parcial (D5211, D5213, D5225) o una inferior parcial (D5212, D5214, D5226)
D5650			
D5660	Adición de gancho a una dentadura postiza parcial	1 procedimiento por dentadura postiza parcial cada 5 años	Sin cobertura dentro de los 6 meses posteriores a la recepción de una dentadura postiza superior parcial (D5211, D5213, D5225) o una inferior parcial (D5212, D5214, D5226)
Rebasado de dentadura postiza			
D5710	Rebasado de una dentadura postiza superior completa o una superior parcial	1 código de procedimiento por dentadura postiza cada 5 años calendario	Sin cobertura dentro de los 6 meses posteriores a la recepción de una dentadura postiza superior completa (D5110) o una superior parcial (D5211, D5213, D5225)
D5720			
D5711	Rebasado de una dentadura postiza inferior completa o una inferior parcial	1 código de procedimiento por dentadura postiza cada 5 años calendario	Sin cobertura dentro de los 6 meses posteriores a la recepción de una dentadura postiza inferior completa (D5120) o una inferior parcial (D5212, D5214, D5226)
D5721			

CÓDIGO	SERVICIO	FRECUENCIA	DETALLES DEL BENEFICIO
Revestimientos de dentadura postiza			
D5730	Revestimiento en el consultorio o en el laboratorio de dentaduras postizas superiores completas y superiores parciales	1 código de procedimiento cada 2 años calendario	Sin cobertura dentro de los 6 meses posteriores a la recepción de una dentadura postiza superior completa (D5110) o una superior parcial (D5211, D5213, D5225)
D5740			
D5750			
D5760			
D5731	Revestimiento en el consultorio o en el laboratorio de dentaduras postizas inferiores completas e inferiores parciales	1 código de procedimiento cada 2 años calendario	Sin cobertura dentro de los 6 meses posteriores a la recepción de una dentadura postiza inferior completa (D5120) o una inferior parcial (D5212, D5214, D5226)
D5741			
D5751			
D5761			
D5765	Revestimiento suave para dentaduras postizas completas o parciales	1 procedimiento por dentadura postiza por año calendario	Sin cobertura dentro de los 6 meses posteriores a la recepción de una dentadura postiza superior completa (D5110), una parcial superior (D5211, D5213, D5225), una completa inferior (D5120) o una parcial inferior (D5212, D5214, D5226)
Otros servicios de dentadura postiza			
D5850	Aplicación de acondicionador de tejido en el interior de la dentadura postiza superior para ayudar a sanar las encías	2 procedimientos por dentadura postiza superior cada 5 años calendario	Con cobertura después de la entrega de una dentadura postiza superior inmediata (D5130, D5221, D5223, D5227) y antes de la fabricación de una dentadura postiza superior nueva (D5110, D5211, D5213, D5225), no pagadero después de la entrega de una dentadura postiza superior nueva

CÓDIGO	SERVICIO	FRECUENCIA	DETALLES DEL BENEFICIO
D5851	Aplicación de acondicionador de tejido en el interior de la dentadura postiza inferior para ayudar a sanar las encías	2 procedimientos por dentadura postiza inferior cada 5 años calendario	Con cobertura después de la entrega de una dentadura postiza inferior inmediata (D5140, D5222, D5224, D5228) y antes de la fabricación de una dentadura postiza inferior nueva (D5120, D5212, D5214, D5226), no pagadero después de la entrega de una dentadura postiza inferior nueva
Puente (pónticos y retenedores)			
D6210			
D6212	El diente falso (póntico) del puente que reemplaza el diente faltante (espacio edéntulo). Los pónticos están hechos de metal, porcelana, porcelana fundida con metal o titanio.	Sin límite	1 código de póntico por espacio edéntulo cada 5 años calendario
D6214			
D6240			
D6242			
D6243			
D6245			
D6545			
D6548			
D6740	Las fundas (retenedores) del puente que se colocan sobre los dientes naturales. Los retenedores están hechos de metal, porcelana, porcelana fundida con metal o titanio.	Sin límite	1 código de retenedor o de corona (consulte los códigos de corona cubiertos arriba) por diente cada 5 años calendario; sin cobertura para un puente sostenido por implantes
D6750			
D6752			
D6753			
D6790			
D6792			
D6794			
Otros servicios de puente			
D6930	Recementación (volver a pegar) de un puente que se ha caído	Sin límite	1 procedimiento por año calendario, no cubierto dentro de los 6 meses posteriores a la recepción del retenedor tipo puente (consulte los códigos de retenedor cubiertos anteriores)

CÓDIGO	SERVICIO	FRECUENCIA	DETALLES DEL BENEFICIO
D6980	Reparación del pónico o de una parte de retención del puente	Sin límite	1 procedimiento cada 2 años calendario, sin cobertura dentro de los 6 meses posteriores a la recepción del pónico del puente (consulte los códigos de pónicos cubiertos anteriormente), sin cobertura para un puente soportado por implantes
Extracciones y cirugía bucal			
D7140	Extracciones de rutina o quirúrgicas de dientes erupcionados o raíces expuestas	Sin límite	1 código de procedimiento de extracción por diente de por vida
D7210			
D7250			
D7310	Remodelación del hueso en los sitios de extracción como preparación para un procedimiento de dentadura postiza (alveoloplastia)	1 código de procedimiento de alveoloplastia por cuadrante de por vida	Con cobertura solo si se realiza el mismo día que las extracciones
D7311			
D7440	Extirpación de tumor maligno en el maxilar superior o inferior	Sin límite	Cubierto solo si el procedimiento es realizado un cirujano bucal y maxilofacial certificado por la junta
D7441			
Servicios varios			
D9110	Procedimiento dental menor para aliviar el dolor o la molestia	1 procedimiento por año calendario	Solo cubierto para una visita de emergencia dental en el consultorio
D9230	Sedación con óxido nitroso (gas de la risa)	1 procedimiento por fecha de atención dental	Solo se cubre si la atención integral (D2140-D9910) se realiza el mismo día
D9910	Medicamento desensibilizante para el diente	procedimiento cada 2 años calendario	2 tratamientos tópicos con fluoruro (D1208) o aplicaciones de medicamentos desensibilizantes (D9910) por año calendario, no cubre bases, revestimientos ni adhesivos debajo de empastes

CÓDIGO	SERVICIO	FRECUENCIA	DETALLES DEL BENEFICIO
D9930	Tratamiento de complicaciones posteriores a la extracción de un diente (incluidos los alvéolos secos) u otro procedimiento quirúrgico	1 procedimiento por año calendario	Sin cobertura para el tratamiento de alvéolos secos dentro de los 30 días posteriores a una extracción
D9944	Protector nocturno duro superior o inferior que se utiliza para proteger los dientes en caso de que se aprieten o rechinen	1 protector nocturno cada 5 años calendario	Con cobertura solo para pacientes que aprietan o rechinan los dientes; no cubre aparatos para tratar la apnea del sueño, ronquidos o trastornos temporomandibulares complejos
D9995 D9996	Exámenes dentales virtuales/remotos	2 procedimientos por año calendario	Con cobertura solo si se realiza un examen D0140 o D0191 el mismo día

SECCIÓN 3

¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 3.1

Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

En esta sección le explicamos cuáles son los servicios que están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no tienen cobertura de este plan.

El cuadro que aparece a continuación muestra los servicios y artículos que no tienen cobertura de ningún modo o que tienen cobertura únicamente en circunstancias específicas.

Si usted obtiene servicios excluidos (sin cobertura), debe pagarlos usted mismo, salvo en las circunstancias específicas enumeradas a continuación. Incluso si usted recibe los servicios excluidos en un centro de emergencias, dichos servicios no se cubrirán y nuestro plan no los pagará.

La única excepción es si se apela y se toma una decisión sobre el servicio: tras la apelación como un servicio médico que deberíamos haber cubierto o pagado debido a su situación específica. (Para obtener información acerca de la apelación de una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 53 del Capítulo 9 de este documento).

Servicios sin cobertura de Medicare	No están cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solamente bajo condiciones específicas
Acupuntura		Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugía cosmética o procedimientos		Con cobertura en caso de lesión accidental o para la mejora del funcionamiento de una parte del cuerpo malformada. Con cobertura para todas las etapas de reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como para la mama no afectada para obtener una apariencia simétrica. <i>La extracción</i> de implantes mamarios tiene cobertura cuando sea médicamente necesario, independientemente del motivo original de los implantes.La sustitución del implante mamario solo tiene cobertura para las dos situaciones enumeradas en los puntos anteriores.
Atención de custodia. (Atención que brinda ayuda en actividades de la vida diaria y que no requiere de habilidades o formación de tipo profesional. P. ej., bañarse y vestirse). La atención de custodia es la atención personal que no requiere de atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que lo ayuda con las actividades diarias, como bañarse o vestirse.	No están cubiertos bajo ninguna condición	
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales.		Pueden tener cobertura de Original Medicare conforme a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestra póliza.

Servicios sin cobertura de Medicare	No están cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solamente bajo condiciones específicas
Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Original Medicare ha determinado que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.		(Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).
Tarifas cobrados por cuidados proporcionados de sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	No están cubiertos bajo ninguna condición	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	No están cubiertos bajo ninguna condición	
Comidas con entrega a domicilio		Ciertas comidas están cubiertas como un beneficio suplementario. Consulte el Beneficio de comidas en el Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2.1 para obtener más detalles.
Servicios de asistencia domiciliaria, que incluye asistencia doméstica básica, como la realización de tareas domésticas sencillas o la preparación de comidas ligeras.	No están cubiertos bajo ninguna condición	
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)	No están cubiertos bajo ninguna condición	
Atención dental no rutinaria		La atención dental requerida para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención para pacientes hospitalizados o ambulatorios. Además, ciertos servicios de atención dental están cubiertos como un

Servicios sin cobertura de Medicare	No están cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solamente bajo condiciones específicas
		beneficio complementario. Consulte el beneficio de servicios dentales en el Cuadro de beneficios médicos (Sección 2.1) para obtener los detalles.
Calzado ortopédico o dispositivos de apoyo para los pies.		El calzado que es parte de un aparato ortopédico para la pierna está incluido en el costo del aparato ortopédico. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.
Artículos personales en su habitación de hospital o en un centro de enfermería especializada, como teléfono o televisión.	No están cubiertos bajo ninguna condición	
Habitación privada en un hospital.		Cubiertos solo si son necesarios por razones médicas.
Refracciones como parte de un examen médico o reclamación	No están cubiertos bajo ninguna condición	
Procedimientos para revertir la esterilización o suministros anticonceptivos sin receta.	No están cubiertos bajo ninguna condición	
Cuidado quiropráctico de rutina		Tiene cobertura para algunos servicios quiroprácticos de rutina. Consulte la sección de servicios quiroprácticos del Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2.1 de este capítulo para obtener detalles.
Examen de rutina de la vista, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK, y otras ayudas para visión pobre.		El examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos como parte de los servicios cubiertos por Medicare luego de que las personas se someten a una cirugía de cataratas. Algunos oftalmólogos realizan cirugías para extirpar cataratas con láser y algunas personas necesitan lentes especializados implantados después de la cirugía (en lugar de lentes intraoculares normales). Otros lentes

Servicios sin cobertura de Medicare	No están cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solamente bajo condiciones específicas
		especiales, como los lentes multifocales y los tóricos, se consideran opciones premium y no están cubiertos por Medicare. Si recibe este tipo de cirugía con láser y la inserción de estos lentes intraoculares “premium”, se le cobrará más que el procedimiento regular, lo que incluye materiales, exámenes, procedimiento, etc. Cierta atención adicional, incluidos los exámenes de la vista de rutina y una asignación para anteojos o lentes de contacto, está cubierta como un beneficio complementario. Consulte la sección de <i>Atención oftalmológica</i> de esta EOC para obtener más detalles.
Servicios considerados no razonables y necesarios, según los estándares de Medicare Original	No están cubiertos bajo ninguna condición	

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

SECCIÓN 1

Introducción

Este capítulo **explica las reglas para usar su cobertura para los medicamentos de la Parte D.** Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de cuidados paliativos.

Sección 1.1

Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan

Por lo general, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando usted siga estas reglas básicas:

- Debe pedir a un prestador de servicios médicos (médico, dentista o persona que receta) que le emita una receta que debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- La persona que receta no debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta.(Consulte la Sección 2, *Surtir su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan.*)
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos con cobertura (Lista de medicamentos aprobados)* del plan (la llamamos la “Lista de medicamentos” para abreviar).(Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben figurar en la “Lista de medicamentos” del plan.*)
- El medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada.Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertas referencias.(Consulte la Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2

Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan

Sección 2.1

Use una farmacia de la red

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

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

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para suministrarle sus medicamentos con receta con cobertura. El término medicamentos con cobertura significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que se encuentran en la "Lista de medicamentos" del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red**¿Qué debe hacer para encontrar una farmacia de la red en su área?**

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias de Devoted Health*, visitar nuestra página web (www.devoted.com) o llamar a Servicio para miembros.

Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que ha estado usando abandona la red?

Si la farmacia que ha estado usando abandona la red del plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia que esté dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicio para miembros o consultar el *Directorio de proveedores y farmacias de Devoted Health*. También puede encontrar información en nuestro sitio web, www.devoted.com.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de LTC (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicio para miembros.
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud Indígena, al Programa de Salud Tribal o al Programa Urbano de Salud para Indígenas (no disponibles en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los nativos norteamericanos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (**Nota:** Este escenario no debería ser frecuente).

Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias de Devoted Health* o llame a Servicio para miembros.

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

Para obtener ciertos tipos de medicamentos, usted puede usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan. En general, los medicamentos obtenidos a través de pedidos por correo son medicamentos que toma regularmente, para un problema de salud crónico o de larga duración. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedidos por correo del plan están marcados con **NM** (no disponibles para pedidos por correo) en nuestra "Lista de medicamentos".

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir un suministro de **hasta 100 días**.

Para obtener formularios de pedidos e información sobre cómo surtir sus medicamentos con receta por correo, visite nuestro sitio web en www.devoted.com o comuníquese con el Servicio para miembros al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711.

Por lo general, una farmacia de pedidos por correo se lo enviará a más tardar en 15 días. Si la farmacia de pedidos por correo espera una demora en el pedido, se comunicará con usted y lo ayudará a decidir si desea esperar el medicamento, cancelar el pedido por correo o surtir el medicamento con receta en una farmacia local. Si necesita solicitar un pedido urgente debido a una demora en el pedido por correo, puede comunicarse con el Servicio para miembros (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual) para analizar las opciones, como surtir el medicamento en una farmacia local o acelerar el método de envío. Proporcione al representante su número de miembro y número(s) de receta. Si desea que se le entreguen sus medicamentos el segundo día o al día siguiente, puede solicitarlo al Servicio para miembros al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711 por un cargo adicional.

Recetas médicas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas que reciba de los prestadores de servicios médicos, sin consultarlo con usted primero, si:

- Usted utilizó servicios de pedidos por correo con esta cobertura en el pasado o
- Se inscribe para la entrega automática de todas las recetas médicas nuevas recibidas directamente de los prestadores de servicios médicos. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento llamando al Servicio para miembros (los números de teléfono se encuentran en su tarjeta de miembro).

Si recibe un medicamento con receta que no desea automáticamente por correo y no se comunicaron con usted para saber si lo necesitaba antes del envío, puede ser elegible para un reembolso.

Si usó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada receta médica nueva, comuníquese con nosotros llamando al Servicio para miembros (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).

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

Si nunca ha usado nuestra entrega de pedidos por correo o decide interrumpir los surtidos automáticos de recetas médicas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un profesional médico para ver si desea que se surta y se envíe el medicamento de inmediato. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunice con usted, para informarles si deben enviar, demorar o cancelar la receta médica nueva.

Para excluirse de las entregas automáticas de nuevas recetas médicas recibidas directamente del consultorio de su profesional médico, comuníquese con nosotros llamando al Servicio para miembros (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).

Cómo volver a surtir los medicamentos con receta pedidos por correo.

Para volver a surtir sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. De acuerdo con este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indiquen que está próximo a quedarse sin su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamento y puede cancelar los resurtidos programados si tiene medicamento suficiente o si su medicamento ha cambiado.

Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático pero aún desea que la farmacia de pedidos por correo le envíe su medicamento con receta, póngase en contacto con su farmacia 10 días antes de que se agote su medicamento actual. Esto garantizará que su pedido se le envíe a tiempo.

Si no desea participar en nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando al Servicio para miembros al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711.

Si recibes un resurtido automático por correo que no desea, es posible que sea elegible para un reembolso.

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

Cuando reciba un suministro de medicamentos a largo plazo es posible que disminuyan los costos compartidos. El plan ofrece dos maneras de recibir un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la "Lista de medicamentos" de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que toma regularmente para un problema de salud crónico o de larga duración). Usted puede pedir este suministro por correo (consulte la Sección 2.3) o puede dirigirse a una farmacia.

1. Algunas farmacias que forman parte de nuestra red le permiten adquirir suministros de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Su *Directorio de prestadores de servicios médicos y farmacias de Devoted Health* muestra cuáles son las farmacias de nuestra red

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

que pueden proporcionarle suministros de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar al Servicio para miembros para obtener más información.

2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no está en la red del plan?**Es posible que su medicamento con receta tenga cobertura en determinadas situaciones**

Por lo general, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede acudir a una farmacia de la red. Para ayudarlo, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, donde le pueden surtir sus medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Consulte a Servicio para miembros** para saber si hay alguna farmacia de la red cerca de usted. Lo más probable es que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

A continuación, mencionamos las circunstancias en las cuales le cubriríamos los medicamentos con receta surtidos en una farmacia fuera de la red:

- Emergencia médica: cubriremos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red en situaciones de emergencia médica.
- Cuando viaja fuera de la red: si toma un medicamento con receta regularmente y está de viaje, asegúrese de verificar su suministro del medicamento antes de irse. Cuando sea posible, lleve con usted todos los medicamentos que necesitará. Es posible que pueda pedir sus medicamentos con receta con anticipación a través de la farmacia o de pedidos por correo de la red. Comuníquese con Servicios para miembros si tiene otras preguntas.

¿Cómo solicitarle un reembolso al plan?

Si se ve obligado a usar una farmacia fuera de la red, en general tendrá que pagar el costo total (en lugar de su costo compartido normal) en el momento en que surta su medicamento con receta. Puede solicitar que le reembolsemos nuestra parte del costo compartido. (En el Capítulo 7, Sección 2, se explica cómo solicitarle al plan que le reintegre el dinero).

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

Sección 3.1 En la “Lista de medicamentos”, se informa qué medicamentos de la Parte D tienen cobertura

El plan tiene una *Lista de medicamentos con cobertura (Lista de medicamentos aprobados)*. En esta *Evidencia de Cobertura*, **la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar.**

El plan elige los medicamentos de esta lista con ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

Los medicamentos de la "Lista de medicamentos" son sólo aquellos con cobertura de la Parte D de Medicare.

Generalmente, cubrimos un medicamento de la "Lista de medicamentos" del plan siempre y cuando usted siga las otras reglas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que cumple con *alguna de las siguientes condiciones*:

- Fue aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la cual se receta.
- - *o bien*- Está respaldado por ciertas referencias, como la “American Hospital Formulary Service Drug Information” y el sistema de información DRUGDEX.

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con una marca comercial propiedad de su fabricante. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos clásicos (por ejemplo, los medicamentos a base de una proteína) se denominan productos biológicos. En la "Lista de medicamentos", cuando nos referimos a medicamentos, podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos clásicos, en lugar de tener una versión genérica, tienen alternativas que se denominan medicamentos biosimilares. Usualmente, los medicamentos genéricos y biosimilares son tan eficaces como el medicamento de marca o el producto biológico y cuestan menos. Existen sustitutos genéricos de medicamentos disponibles para muchos medicamentos de marca. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos.

¿Qué *no* se incluye en la "Lista de medicamentos?"

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

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la "Lista de medicamentos". En algunos casos, quizás pueda obtener un medicamento no incluido en la "Lista de medicamentos". Si desea obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2 Hay 5 niveles de costos compartidos para los medicamentos en la "Lista de medicamentos"

Cada uno de los medicamentos que figuran en la "Lista de medicamentos" del plan se encuentra en uno de 5 niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo que deberá pagar por el medicamento:

- Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos: medicamentos genéricos o de marca que están disponibles por los costos compartidos más bajos del plan.
- Nivel 2 - Medicamentos genéricos: medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a los miembros a un costo que es igual o superior a los costos compartidos de los medicamentos del Nivel 1.
- Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos: medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a los miembros a un costo más bajo que los medicamentos del Nivel 4.
- Nivel 4 - Medicamentos no preferidos: medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a los miembros a un costo más alto que los medicamentos del Nivel 3.
- Nivel 5 - Medicamentos especializados: subconjunto específico de medicamentos de alto costo, incluidos inyectables, infusiones y anticuerpos monoclonales. Estos medicamentos son los más costosos de la lista de medicamentos aprobados. El costo compartido para estos medicamentos será mayor que para los medicamentos del Nivel 4.

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

El monto que usted paga por medicamentos en cada nivel de costos compartidos aparece en el Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*).

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

Tiene 4 formas de averiguarlo:

1. Consulte la "Lista de medicamentos" más reciente que proporcionamos de forma electrónica.

2. Visite el sitio web del plan (www.devoted.com/es). La "Lista de medicamentos" que aparece en el sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llame al Servicio para miembros para averiguar si un medicamento en particular está en la "Lista de medicamentos" del plan o para solicitar una copia de la lista.
4. Utilice la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan (my.devoted.com/es o llame al Servicio para miembros). Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la "Lista de medicamentos" para ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la "Lista de medicamentos" que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos presentan restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, hay reglas de cobertura especiales que restringen cómo y cuándo tienen cobertura. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para alentar a usted y a su prestador de servicios médicos a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Para averiguar si estas restricciones son para alguno de los medicamentos que usted está tomando o que desea tomar, consulte la "Lista de medicamentos". Las reglas del plan están diseñadas para fomentar que usted y su prestador de servicios médicos recurran a la opción de menor costo, si un medicamento seguro y de bajo costo surte el mismo efecto médico que otro de costo más elevado.

Tenga en cuenta que algunas veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra "Lista de medicamentos". Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en función de la concentración, la cantidad o la fórmula del medicamento recetado por su profesional médico; diferentes restricciones o costos compartidos pueden aplicarse a diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a dos por día; comprimidos frente a líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las siguientes secciones le brindan más información sobre los tipos de restricciones que utilizamos para ciertos medicamentos.

Si existe una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su prestador de servicios médicos tendrán que tomar medidas adicionales para que podamos cubrirlo. Comuníquese con el Servicio para miembros para saber qué necesitaría usted o su prestador de servicios médicos para obtener cobertura para el medicamento. Si desea que eximamos las restricciones para usted, tendrá que usar el proceso de decisión de cobertura y

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

solicitarnos que hagamos una excepción. Puede que aceptemos o no eximir la restricción para usted. (Consulte el capítulo 9)

Restricción de medicamentos de marca o productos biológicos originales cuando se dispone de una versión genérica o biosimilar intercambiable

Por lo general, un medicamento **genérico** o biosimilar intercambiable funciona igual que un medicamento de marca o producto biológico original, y normalmente cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando se dispone de una versión genérica de un medicamento de marca o producto biológico original, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica o biosimilar intercambiable en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos ha dicho el motivo médico de que el medicamento genérico o biosimilar intercambiable no funcionará para usted *O* nos ha dicho el motivo médico de que ni el medicamento genérico, el biosimilar intercambiable ni otros medicamentos con cobertura que tratan la misma afección funcionarán para usted, cubriremos el medicamento de marca o el producto biológico original. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca o producto biológico original que para el medicamento genérico o biosimilar intercambiable).

Obtener la aprobación del plan con anticipación

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto se denomina **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no tenga cobertura del plan.

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos pero, en general, igual de eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede requerir que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito para probar primero un medicamento diferente se denomina terapia **escalonada**.

Límites de cantidad .

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de un medicamento que puede recibir cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla al día de un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una pastilla al día.

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

Sección 5.1 Hay medidas que puede tomar si su medicamento no tiene cobertura de la manera que usted quiere que esté cubierto
--

Hay situaciones en las que hay un medicamento con receta que está tomando, o uno que usted y su prestador de servicios médicos creen que debería estar tomando, que no está en nuestra lista de medicamentos aprobados o está en nuestra lista con restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no tenga cobertura en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no la tiene.
- El medicamento tiene cobertura, pero existen reglas o restricciones adicionales sobre la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- El medicamento tiene cobertura, pero está en un nivel de costos compartidos que hace que sus costos compartidos sean más altos de lo que cree que debería ser.
- Hay cosas que puede hacer si su medicamento no tiene cobertura de la manera en que desea que la tenga. Si su medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o si está restringido, vaya a la 2 Sección 5 para saber qué puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que hace que su costo sea más elevado de lo que cree que debería ser, vaya a la Sección 53 para saber qué puede hacer.

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

Si su medicamento no se encuentra en la "Lista de medicamentos" o si está restringido, puede hacer lo siguiente:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiarlo por otro medicamento.
- Puede solicitar una exclusión y pedirle al plan que pague por el medicamento o que elimine sus restricciones.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su prestador acerca del cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

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

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

- **Si usted es un nuevo miembro,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su medicamento con receta es por menos días, permitiremos varios surtidos para llegar a un suministro del medicamento para un máximo de 30 días. El medicamento con receta se debe surtir en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia con medicamentos para tratamientos a largo plazo puede proporcionar el medicamento en menores cantidades a la vez para evitar que se desperdicie).
- **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días y que se encuentran en un centro de atención médica prolongada y necesitan un suministro de inmediato:**
 - Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento específico, o menos que la receta sea para menos días. Esto se agrega al suministro temporal descrito anteriormente.
- **Para los miembros actuales que tienen un cambio en el nivel de atención, como ser dados de alta de un hospital o ser transferidos de un centro de atención médica prolongada, pueden solicitar un suministro temporal.**
 - Para pedir un suministro temporal, llame al Servicio para miembros (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).
 - Hable con su prestador de servicios médicos para decidir qué hacer cuando se termine su suministro temporal de medicamentos. Puede cambiarlo por un medicamento diferente con cobertura o pedirle al plan que haga una excepción en su caso y cubra su medicamento vigente. Las secciones siguientes contienen más información acerca de estas opciones.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame al Servicio para miembros.

Hable con su prestador de servicios médicos para decidir qué hacer cuando se termine su suministro temporal de medicamentos. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiarlo por otro medicamento

Hable con su médico sobre si hay un medicamento diferente con cobertura del plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Servicio para miembros para pedir una lista de medicamentos con cobertura que traten el mismo problema de salud. Esto puede ayudar a su prestador de servicios médicos a encontrar un medicamento con cobertura que funcione en su caso.

2) Puede pedir una excepción

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

Usted y su prestador de servicios médicos pueden pedirle al plan que haga una excepción y que cubra el medicamento de la manera que usted desee. Si su prestador de servicios médicos dice que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, el prestador de servicios médicos puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede solicitarle al plan que cubra un medicamento, aunque este no se encuentre en la "Lista de medicamentos". También puede solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si actualmente es un miembro y el medicamento que usted toma se eliminará de la Lista de medicamentos aprobados o se restringirá de algún modo el año próximo, le informaremos de cualquier cambio antes del año próximo. Puede solicitar una excepción antes del año próximo y le comunicaremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración de apoyo de la persona que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de la entrada en vigencia del cambio.

Si usted y su prestador de servicios médicos desean pedir una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 podrá encontrar información al respecto. Encontrará los procedimientos y las fechas límite que Medicare ha establecido para garantizar que su solicitud se maneje de manera justa y expedita.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto?

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costos compartidos que usted considera muy alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiarlo por otro medicamento

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costos compartidos que considera muy alto, hable con su proveedor. Podría haber un medicamento diferente en un nivel de costos compartidos más bajo que puede funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicio para miembros para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esto puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que le funcione.

Puede pedir una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan una excepción del nivel de costos compartidos para dicho medicamento a fin de que pague menos por él. Si su proveedor dice que usted tiene motivos médicos que justifican la solicitud de una excepción, el proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, encontrarán información al respecto en el Capítulo 9, Sección 6.4. También encontrará los procedimientos y los plazos que Medicare ha establecido para garantizar que su solicitud se maneje de manera justa y expedita.

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

Los medicamentos del Nivel 5 (nivel de especialidad) no reúnen los requisitos para este tipo de excepción. No reducimos el monto del costo compartido para los medicamentos de este nivel.

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

Sección 6.1 La "Lista de medicamentos" puede cambiar durante el año

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

- **Añadir o eliminar medicamentos de la "Lista de medicamentos".**
- **Mover un medicamento a un nivel de costos compartidos más alto o más bajo.**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**
- **Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

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

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

Cuando se producen cambios en la "Lista de medicamentos" durante el año, publicamos información sobre tales cambios en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra "Lista de medicamentos" en línea de forma regular. A continuación, detallamos los casos en que recibirá un aviso directo si se realizaran cambios a un medicamento que está tomando.

Cambios en su cobertura de medicamentos que le afectan durante el año actual del plan

- **Un medicamento genérico nuevo reemplaza a un medicamento de marca en la "Lista de medicamentos" (o cambiamos el nivel de costos compartidos o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o a ambos)**
 - Podemos retirar de inmediato un medicamento de marca de nuestra "Lista de medicamentos" si lo reemplazamos por una versión genérica aprobada recientemente del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en uno menor y con las mismas restricciones o menos. Además,

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

cuando agregamos el medicamento genérico nuevo, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra "Lista de medicamentos", pero inmediatamente pasarlo a un nivel de costos compartidos superior o agregar nuevas restricciones o ambos.

- Es posible que no le avisemos con anticipación antes de hacer ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hayamos hecho. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
- Usted o la persona que receta puede solicitarnos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 9.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos en la "Lista de medicamentos" que se retiran del mercado**
 - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o quitarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, el medicamento se eliminará de inmediato de la "Lista de medicamentos". Si está tomando ese medicamento, le informaremos de inmediato.
 - La persona que receta también sabrá acerca de este cambio y podrá ayudarlo a encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios en los medicamentos de la "Lista de medicamentos"**
 - Es posible que una vez que el año haya comenzado hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca de la "Lista de medicamentos" o cambiar el nivel de costos compartidos, o bien agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambos. También podríamos realizar cambios teniendo en cuenta los recuadros de advertencia de la FDA o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Para estos cambios, debemos darle un aviso del cambio con al menos 30 días de anticipación o avisarle sobre el cambio y volver a surtir el medicamento que está tomando para 30 días en una farmacia de la red.
 - Después de recibir un aviso del cambio, debe trabajar con la persona que le receta para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que esté tomando.
 - Usted o la persona que receta también pueden solicitarle al plan una excepción para que continúe cubriendo el medicamento en su caso. Para obtener información sobre cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la "Lista de medicamentos" que no le afectan durante este año del plan

Podemos realizar ciertos cambios en la "Lista de medicamentos" que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios le afecten a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en el mismo plan.

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

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

- Cambiamos su medicamento a un nivel superior de costos compartidos.
- Aplicamos una nueva restricción al uso que usted pueda hacer del medicamento.
- Retiramos un medicamento de la "Lista de medicamentos".

Si alguno de estos cambios se produce con un medicamento que está tomando (excepto debido a un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que pague como costo compartido hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, es posible que no vea ningún aumento en sus pagos ni restricciones adicionales en el uso que usted haga del medicamento.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá verificar 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 está tomando que le afectará durante el próximo año del plan.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le informa los tipos de medicamentos con receta **excluidos**. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos. Si obtiene medicamentos que están excluidos, debe pagarlos usted mismo (excepto ciertos medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestra cobertura mejorada de medicamentos). Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

A continuación, se enumeran tres reglas generales acerca de medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no pagarán con la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede pagar por un medicamento que tendría cobertura con la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir medicamentos comprados fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Generalmente, nuestro plan no puede cubrir usos no autorizados. El uso para una **indicación no autorizada** hace referencia a cualquier uso no indicado en la etiqueta del medicamento, según lo aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos.
- La cobertura de un uso para una indicación no autorizada se permite únicamente cuando está respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información DRUGDEX.

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

Además, conforme a la ley, las siguientes categorías de medicamentos no tienen cobertura de los planes de medicamentos de Medicare:(Nuestro plan cubre ciertos medicamentos que se indican a continuación a través de nuestra cobertura mejorada de medicamentos. A continuación, se proporciona más información).

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos que se usan para estimular la fertilidad
- Medicamentos que se usan para aliviar la tos o los síntomas de resfrío
- Medicamentos que se usan para fines estéticos o para estimular el crecimiento del cabello
- Vitaminas con receta y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante desea requerir que las pruebas o servicios de monitoreo asociados se compren exclusivamente al fabricante como condición de venta.

Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos con receta (cobertura mejorada de medicamentos) que normalmente no cubre el plan de medicamentos con receta de Medicare.Su plan ofrece beneficios adicionales para algunas vitaminas y medicamentos para la disfunción eréctil (erectile dysfunction, ED).Estos medicamentos tendrán cobertura con un costo compartido de Nivel 2 durante todo el año del plan.Los costos compartidos del Nivel 2 seguirán siendo los mismos en todas las etapas de beneficios.Los comprimidos de 1 mg de ácido fólico, las cápsulas de vitamina D (ergocalciferol) de 50,000 unidades y la inyección de B12 (cianocobalamina) de 1000 mcg/ml tienen cobertura como medicamentos de nivel 2.Tiene cobertura para un máximo de 6 comprimidos por mes de sildenafil o tadalafil o una combinación de ambos medicamentos, sin superar 6 comprimidos por mes con un máximo de 72 comprimidos por año.El monto que usted paga por estos medicamentos no se tiene en cuenta para ser elegible para la Etapa de cobertura en situación catastrófica.(La Etapa de cobertura en situación catastrófica se describe en la Sección 6 del Capítulo 7 de este documento).

Además, si **recibe “Ayuda adicional” de Medicare** para pagar sus medicamentos con receta, el programa de “Ayuda adicional” no pagará los medicamentos que normalmente no tienen cobertura.(Consulte la “Lista de medicamentos” del plan médico o llame al Servicio para miembros para obtener más información. Los números de teléfono del Servicio para miembros están impresos en la contraportada de este manual).Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos con receta que, por lo general, están incluidos en una cobertura de medicamentos de Medicare.Comuníquese con el programa Medicaid estatal para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted.(Podrá encontrar números de teléfono e información de contacto de Medicaid en la Sección 2 del Capítulo 6).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione los datos de su membresía

Para surtir sus medicamentos con receta, proporcione la información de membresía de su plan, que aparece en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan por *nuestra* parte del costo de sus medicamentos. Tendrá que pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando retire sus medicamentos con receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene los datos de su membresía con usted?

Si no lleva su tarjeta de membresía del plan consigo cuando surta su medicamento con receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedir a la farmacia que se busque la información de inscripción en el plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **quizá deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** (Puede solicitar, luego, **que le reembolsemos** nuestra parte del costo. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información acerca de cómo solicitar un reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué ocurre si está ingresado en el hospital o en un centro especializado de enfermería bajo cobertura del plan?

Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada con una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre y cuando estos cumplan con todas las normas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué ocurre si usted reside en un centro de cuidados a largo plazo (LTC)?

Por lo general, los centros de atención a largo plazo (LTC), como los asilos, tienen su propia farmacia, o usan una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si es residente de un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o de una que este use siempre y cuando forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de prestadores de servicios médicos y farmacias de Devoted Health* para saber si la farmacia de su centro de LTC o la que este usa forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información o ayuda, comuníquese con el Servicio para miembros. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de forma rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

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

Consulte la sección 5.2 sobre un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también obtiene cobertura de medicamentos de un empleador o plan grupal de jubilación?

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

En general, si tiene cobertura grupal para empleados o jubilados, la cobertura de medicamentos que obtenga de nosotros será *secundaria* a la cobertura grupal. Eso significa que su cobertura grupal pagaría primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

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

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

Conserve este aviso sobre la cobertura acreditable, ya que es posible que lo necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido una cobertura

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

acreditable. Si usted no recibió el aviso de cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios de su plan del empleador o de jubilados o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede cuando se encuentra bajo cuidados paliativos certificados por Medicare?

Los cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro para pacientes terminales de Medicare y requiere ciertos medicamentos (por ej., medicamentos para las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) sin cobertura de su centro para pacientes terminales porque no está relacionado con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir notificación de la persona que receta o de su prestador de servicios médicos del centro para pacientes terminales que establezca que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían tener cobertura de nuestro plan, pida a su prestador de servicios médicos del centro para pacientes terminales o a la persona que receta que envíe la notificación antes de que le surtan la receta.

En caso de que usted revoque su elección de un centro para pacientes terminales o que le den el alta de algún centro para pacientes terminales, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos según se explica en este documento. Para evitar cualquier demora en una farmacia cuando finalicen los beneficios del centro para pacientes terminales de Medicare, lleve a la farmacia la documentación para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad farmacológica y control de medicamentos

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

Llevamos a cabo revisiones del uso de medicamentos de nuestros miembros para asegurarnos de que reciban una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros periódicamente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales como los siguientes:

- Posibles errores con los medicamentos
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo

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

- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo
- Recetas de medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está toma
- Cantidades peligrosas de analgésicos opioides

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

Sección 10.2 Programa de coordinación de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura los opioides con receta y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se denomina “Programa de Administración de Medicamentos” (Drug Management Program, DMP). Si usted usa medicamentos opioides que recibe de varias farmacias o médicos, o ha sufrido una sobredosis por opioides recientemente, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides es adecuado y médicamente necesario. En colaboración con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiacepinas con receta podría no ser seguro, es posible que limitemos la forma en que usted recibe estos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Requerir que obtenga todas las recetas médicas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de determinadas farmacias
- Requerir que obtenga todas las recetas médicas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de determinados médicos
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepinas que cubriremos para usted

Si planeamos limitar cómo puede recibir estos medicamentos o cuánto puede recibir, le enviaremos una carta por adelantado. La carta le dirá si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le pedirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solo de un médico o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de informarnos a qué médicos o farmacias prefiere acudir y cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y la persona que receta tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le informaremos nuestra nueva decisión. Si continuamos rechazando alguna parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente externo a nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No se le incluirá en nuestro DMP si padece determinadas afecciones médicas, como dolor activo relacionado con el cáncer o anemia falciforme, si recibe cuidados paliativos, para enfermos terminales o del final de la vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de coordinación de terapia con medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina programa de Administración de Terapia de Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros con el fin de asegurarnos de que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen altos costos de medicamentos, o están en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un programa de MTM. Si reúne los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de atención médica hará una revisión exhaustiva de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que esté tomando, cuánto toma y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Se recomienda hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve el resumen a su visita o cuando hable con sus médicos, farmacéuticos y otros profesionales de atención médica. Además, mantenga su lista de medicamentos actualizada y con usted (por ejemplo, junto a su tarjeta de identificación) en caso de que acuda al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, le inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenoslo y le retiraremos. Comuníquese con el Servicio para miembros si tiene preguntas sobre este programa.

CAPÍTULO 6 :
***Lo que le corresponde pagar por los
medicamentos con receta de la Parte D***

Capítulo 6 : Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

¿Actualmente recibe ayuda para pagar por sus medicamentos?

Si usted está inscrito en un programa que lo ayuda a pagar por sus medicamentos, **parte de la información que se encuentra en esta *Evidencia de Cobertura* acerca de los costos por medicamentos con receta de la Parte D tal vez no se aplique a usted.** Le enviamos un anexo por separado, denominado *Evidencia de Cobertura para las personas que reciben "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos con receta* (también denominado Cláusula para subsidio por bajos ingresos o Cláusula LIS), que le informa acerca de la cobertura de sus medicamentos. Si usted no tiene este anexo, llame al Servicio para miembros y pida la Cláusula LIS.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Use este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos

Este capítulo se enfoca en lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, usamos el término **medicamento** en este capítulo para referirnos a un medicamento con receta de la Parte D. Como se explicó en el Capítulo 5, no todos los medicamentos pertenecen a la Parte D; algunos medicamentos tienen cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare y, conforme a la ley, otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare.

Para entender la información sobre pagos, es necesario que conozca qué medicamentos tienen cobertura, dónde surtir sus medicamentos con receta y qué reglas seguir cuando obtiene sus medicamentos con cobertura. En las secciones 1 a 4 del Capítulo 5, se explican estas reglas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte la Sección 3.3 del Capítulo 5), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” si llama al Servicio para miembros.

Sección 1.2 Tipos de costos de desembolso personal que podría pagar por sus medicamentos cubiertos

Existen diferentes tipos de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina **costos compartidos** y es posible que se le pida que pague de tres maneras.

Capítulo 6 : Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

- **Deducible** es el monto que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan empiece a pagar su parte.
- **Copago** es un monto fijo que usted paga cada vez que surte un medicamento con receta.
- **Coseguro** es un porcentaje del costo total del medicamento que paga cada vez que surte un medicamento con receta.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare sus costos de desembolso

Medicare tiene normas con respecto a lo que cuenta y lo que *no* cuenta para sus costos de desembolso. Estas son las normas que debemos seguir para realizar un seguimiento de sus costos de desembolso.

Estos pagos se incluyen en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo incluyen los pagos indicados a continuación (siempre y cuando correspondan a los medicamentos con cobertura de la Parte D y usted siga las normas de la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando usted se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de cobertura para medicamentos:
 - Etapa de deducible
 - Etapa de cobertura inicial
 - Etapa de interrupción de la cobertura
- Los pagos que haya realizado durante este año calendario como miembro con un plan de medicamentos con receta de Medicare antes de haberse inscrito en nuestro plan.

Efectivamente importa quién paga:

- Si usted realiza estos pagos **por sí mismo**, se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si se realizan en su nombre por parte de **ciertas otras personas u organizaciones**. Esto incluye los pagos de sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, los programas de asistencia de medicamentos para el Sida o el Servicio de salud para indígenas. También están incluidos los pagos realizados por el programa de “Ayuda adicional” de Medicare.
- Algunos de los pagos realizados por el Programa de Descuentos durante la interrupción de la cobertura de Medicare están incluidos en sus gastos de bolsillo. Se incluye el monto que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Sin embargo, no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

El paso a la Etapa de cobertura en situación catastrófica:

Cuando usted (o las personas que paguen en su nombre) hayan gastado un total de \$8,000 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de interrupción en la cobertura a la Etapa de cobertura en situación catastrófica.

Capítulo 6 : Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

Estos pagos no se incluyen en sus costos de desembolso

Sus costos de desembolso **no incluyen** ninguno de estos tipos de pago:

- Su prima mensual.
- medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios;
- medicamentos que no estén cubiertos por nuestra póliza;
- medicamentos que obtenga en una farmacia fuera de la red y que no cumplan los requisitos del seguro sobre cobertura fuera de la red;
- medicamentos con receta con cobertura de la Parte A o la Parte B;
- pagos que realice por medicamentos que están incluidos en nuestra cobertura adicional, pero que no suelen estar incluidos en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare;
- pagos que realice respecto de los medicamentos con receta que no suelen estar incluidos en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare;
- pagos por sus medicamentos genéricos o de marca hechos por el plan mientras usted estaba en el lapso sin cobertura;
- pagos por sus medicamentos realizados por planes médicos grupales, incluidos los planes médicos disponibles a través de empleadores;
- pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes y programas médicos financiados por el gobierno, como TRICARE y el Departamento de Asuntos de Veteranos;
- pagos por sus medicamentos realizados por un tercero que tenga la obligación legal de pagar los gastos de los medicamentos con receta (p. ej., indemnización laboral).

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las indicadas antes, paga parte o la totalidad de sus costos de desembolso respecto de los medicamentos, usted tiene la obligación de informarlo a nuestro plan llamando a Servicio para miembros.

¿Cómo puede dar seguimiento al total de sus gastos de bolsillo?

- **Lo ayudaremos.** El informe de Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D que usted recibe incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance \$8,000, este informe le indicará que ha abandonado la Etapa de interrupción en la cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura en situación catastrófica.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** La Sección 3.2 le brinda información sobre lo que usted puede hacer para ayudar a asegurar que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentra cuando recibe el medicamento.

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago del medicamento para los miembros de Devoted PREMIUM Florida (HMO)?
--

Existen cuatro **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos con receta en virtud de Devoted PREMIUM Florida (HMO). El monto que paga depende de la etapa en la que se encuentra cuando surte o resurte una receta. Los detalles de cada etapa se encuentran en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son las siguientes:

Etapas:

Etapas:

Etapas:

Etapas:

Etapas:

Etapas:

Etapas:

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

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (EOB de la Parte D)

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos con receta y los pagos que usted ha efectuado cuando surte o resurte sus recetas en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, hay dos tipos de costos de los que llevamos un registro:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. Esto se denomina **gastos de bolsillo**.
- Llevamos un registro de sus **costos totales de los medicamentos**. Este es el monto que usted paga de su bolsillo u otros pagan en su nombre más el monto que paga el plan.

Si le han surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una EOB de la Parte D. La EOB de la parte D incluye lo siguiente:

Capítulo 6 : Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre las recetas que ha surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otras personas pagaron en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto se denomina información del año hasta la fecha. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y la información sobre los aumentos de precio desde el primer surtido para cada reclamación de recetas de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con un menor costo compartido para cada reclamación de receta.

Sección 3.2 Nos ayuda a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos.

Para llevar un registro del costo de sus medicamentos y los pagos que realiza por medicamentos, usamos registros que obtenemos de las farmacias. A continuación, se indica cómo puede ayudarnos a mantener su información actualizada y correcta:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surta un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que conocemos las recetas que surte y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que puede pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar la cuenta de sus gastos de bolsillo, entréguenos copias de sus recibos. Estos son ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento con cobertura en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
 - Cuando hace un copago por medicamentos que son proporcionados con un programa de asistencia al paciente que ofrezca el fabricante del medicamento.
 - Cuando haya comprado medicamentos con cobertura en farmacias fuera de la red o en otras ocasiones en que haya pagado el precio total de un medicamento con cobertura en circunstancias especiales.
 - Si se le factura un medicamento con cobertura, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información acerca de los pagos que otras personas hayan hecho en su nombre.** Los pagos efectuados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta en los gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa ADAP, el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones de beneficencia cuentan

- en favor de sus gastos de bolsillo.Lleve un registro de estos pagos y envíenos los recibos para que podamos hacer un seguimiento de los costos.
- **Lea el informe escrito que le enviamos.**Cuando reciba la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta.Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llámenos al Servicio para miembros.Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4

Durante la etapa de deducibles, usted paga el costo total de sus medicamentos de nivel 5 3

La etapa de deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos.El deducible no se aplica a los productos de insulina con cobertura ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje.Pagará un deducible anual de \$545 por sus medicamentos de Nivel 3 a 5.**Usted debe pagar el costo total de sus medicamentos de Nivel 3 a 5** hasta alcanzar el monto del deducible del plan.Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible.El **costo total**, en general, es menor que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan negoció costos menores para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red.

Una vez que ha pagado \$545 por sus medicamentos de Nivel 3 a 5, usted abandona la Etapa de deducible y pasa a la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte del costo de los medicamentos que le corresponde, y usted, la suya.

Sección 5.1

Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar en donde surta su medicamento con receta

Durante la etapa de Cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos con receta con cobertura, y usted paga su parte (su copago o coseguro correspondiente).Su parte del costo variará según el medicamento con receta y dónde lo surta.

El plan cuenta con 5 niveles de costos compartidos

Cada uno de los medicamentos que figuran en la "Lista de medicamentos" del plan se encuentra en uno de 5 niveles de costos compartidos.En general, mientras más alto sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo que usted deba pagar por el medicamento:

Capítulo 6 : Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

- Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos, y usted paga su parte (su monto de copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y dónde surta la receta.

El plan cuenta con cinco niveles de costos compartidos

Cada uno de los medicamentos que aparecen en la Lista de medicamentos del plan pertenece a alguno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, mientras más alto sea el número del nivel de costos compartidos, mayor será el costo que deba pagar usted por el medicamento:

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: medicamentos genéricos o de marca que están disponibles al costo compartido más bajo para el plan.
- Nivel 2: medicamentos genéricos: medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a los miembros a un costo que es igual o superior al costo compartido para los medicamentos del Nivel 1.
- Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a los miembros a un costo más bajo que los medicamentos del Nivel 4.
- Nivel 4: medicamentos no preferidos: medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a los miembros a un costo más alto que los medicamentos del Nivel 3.
- Nivel 5: nivel de especialidad: abarca un subconjunto selecto de medicamentos de alto costo, incluidos inyectables, infusiones y anticuerpos monoclonales. Estos medicamentos son los más costosos de la lista de medicamentos. El costo compartido para estos medicamentos será mayor que para los medicamentos del Nivel 4.

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

Sus opciones de farmacias

Lo que usted paga por un medicamento depende de la farmacia en la que surta la receta:

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia que está fuera de la red del plan. Cubrimos medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener información sobre cuándo cubrimos los medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red.
- La farmacia con pedidos por correo de la cobertura

Para obtener más información acerca de estas opciones de farmacia y cómo surtir sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de proveedores y farmacias de Devoted Health*

del plan.

- Nivel 2 - Medicamentos genéricos: medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a los miembros a un costo que es igual o superior a los costos compartidos de los medicamentos del Nivel 1.

- Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos:medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a los miembros a un costo más bajo que los medicamentos del Nivel 4.Usted no paga más de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina con cobertura en este nivel.
- Nivel 4 - Medicamentos no preferidos:medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a los miembros a un costo más alto que los medicamentos del Nivel 3.Usted no paga más de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina con cobertura en este nivel.
- Nivel 5 - Medicamentos especializados:subconjunto específico de medicamentos de alto costo, incluidos inyectables, infusiones y anticuerpos monoclonales.Estos medicamentos son los más costosos de la lista de medicamentos aprobados.El costo compartido para estos medicamentos será mayor que para los medicamentos del Nivel 4.Usted no paga más de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina con cobertura en este nivel.

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

Sus opciones de farmacias

Lo que usted paga por un medicamento depende del tipo de farmacia en que usted obtiene el medicamento:

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia que no se encuentra en la red del plan.Cubrimos medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas.Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo cubriremos los medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red.
- La farmacia con pedidos por correo del plan

Para obtener más información acerca de estas opciones de farmacia y cómo surtir sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de prestadores de servicios médicos y farmacias de Devoted Health* del plan.

Sección 5.2

En la tabla, se muestran los costos del suministro para *un mes* de un medicamento

Durante la etapa de cobertura inicial, la parte del costo que le corresponderá por un medicamento con cobertura será un copago o un coseguro.

Como se muestra en la tabla siguiente, el monto del copago o el coseguro depende del nivel de costos compartidos.

A veces, el costo del medicamento es menor que su copago.En estos casos, usted paga el menor precio por el medicamento en lugar del copago.

Su parte del costo al obtener un suministro *de un mes* de un medicamento con receta con cobertura de la Parte D:

Nivel	Costo compartido estándar minorista (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Gastos compartidos en pedidos por correo (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido en el caso de cuidados a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Gastos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más información) (suministro de hasta 30 días)
Costo compartido de Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Costo compartido de Nivel 2 (Genérico)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Costo compartido de Nivel 3 (Marcas preferidas)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Costo compartido de Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Costo compartido de Nivel 5 (Especialidad)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro

No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina con cobertura, independientemente del nivel de costos compartidos, incluso si no pagó su deducible.

Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre los costos compartidos para las vacunas de la parte D.

Sección 5.3

Si su médico receta menos cantidad que un suministro mensual completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro mensual completo

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico quieran que tenga menos de un mes de suministro de un medicamento (por ejemplo, cuando esté probando un medicamento por primera vez). También puede pedir a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le surta, menos de un suministro de medicamentos para un mes completo, si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido para diferentes recetas.

Si recibe menos de un suministro de un mes completo de ciertos medicamentos, no tendrá que pagar el suministro mensual completo.

- Si usted es responsable del coseguro, pagará un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, solo pagará la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar de un mes completo. Calcularemos la cantidad que usted paga por día por su medicamento (la tasa diaria de costos compartidos) y la multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.

Sección 5.4

Tabla en la que se muestran sus costos para un suministro *a largo plazo*, (de hasta 100 días), de un medicamento.

Para determinados medicamentos, se puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días.

En el siguiente cuadro, se muestra lo que debe pagar al obtener un suministro a largo plazo para un medicamento.

- A veces, el costo del medicamento es menor que su copago. En estos casos, usted paga el menor precio por el medicamento en lugar del copago.

Su parte del costo al obtener un suministro a *largo plazo* de un medicamento con receta con cobertura de la Parte D:

Nivel	Costo compartido estándar minorista (dentro de la red) (suministro de hasta 100 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de hasta 100 días)
Costo compartido de Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0 de copago	\$0 de copago
Costo compartido de Nivel 2 (Genérico)	\$0 de copago	\$0 de copago
Costo compartido de Nivel 3 (Marcas preferidas)	25% de coseguro	25% de coseguro
Costo compartido de Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	25% de coseguro	25% de coseguro
Costo compartido de Nivel 5 (Especialidad)	No se dispone de un suministro a largo plazo para medicamentos del Nivel 5.	

No pagará más de \$70 por un suministro de hasta dos meses o \$105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina con cobertura, independientemente del nivel de costos compartidos, incluso si no pagó su deducible.

Sección 5.5

Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$5,030para el año

La Etapa de cobertura inicial continuará hasta que el monto total de los medicamentos con receta que haya surtido alcance el límite de **\$5,030 correspondiente a dicha etapa**. Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare. Los pagos realizados por estos medicamentos no se tendrán en cuenta para su límite de cobertura inicial ni para los costos totales de desembolso.

Capítulo 6 : Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

La Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D que usted recibe le ayudará a hacer un seguimiento de cuánto han gastado usted, el plan y cualquier tercero en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$5,030 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto. Si lo alcanza, abandonará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de interrupción en la cobertura. Consulte la Sección 1.3 sobre Cómo calcula Medicare sus costos de desembolso.

SECCIÓN 6 Los costos en la Etapa de interrupción en la cobertura

Cuando se encuentre en la Etapa de interrupción en la cobertura, el Programa de descuentos para la Etapa de interrupción en la cobertura de Medicare brinda descuentos de fábrica para los medicamentos de marca. Usted debe pagar el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de despacho por los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el descuento de fábrica se cuentan en favor de sus gastos de bolsillo, como si los hubiera pagado, y le permiten avanzar a lo largo la Etapa de interrupción en la cobertura.

También recibe cierto grado de cobertura de medicamentos genéricos. Usted paga, como máximo, el 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Solo el monto que usted paga es el que cuenta y le permite avanzar a lo largo del lapso sin cobertura. Para algunos medicamentos de Niveles 1 y 2, usted continuará pagando el copago de la Etapa de cobertura inicial. Estos medicamentos se indican en la Lista de medicamentos.

Usted sigue pagando estos costos hasta que sus pagos de bolsillo anuales alcancen un monto máximo establecido por Medicare. Una vez que alcanza este monto \$8,000, pasa de la Etapa de interrupción en la cobertura a la Etapa de cobertura en situación catastrófica.

Medicare tiene reglas con respecto a lo que cuenta y lo que *no* cuenta como gasto de bolsillo (Sección 1.3).

Los requisitos de coseguro de la Etapa de interrupción en la cobertura no se aplican a los productos de insulina con cobertura de la Parte D y a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje.

No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina con cobertura, independientemente del nivel de costos compartidos.

Consulte la sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre las vacunas de la Parte D y los costos compartidos para las vacunas de la parte D.

SECCIÓN 7 Durante esta Etapa de cobertura en situación catastrófica, el plan paga el costo total de sus medicamentos con cobertura de la Parte D.

- Ingresa en la Etapa de cobertura en situación catastrófica cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de \$8,000 para el año calendario. Permanecerá en la Etapa de cobertura en situación catastrófica hasta el final del año calendario.
 - Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos con cobertura de la Parte D y por los medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Usted no paga nada.
 - Para los medicamentos excluidos con cobertura de nuestro beneficio mejorado, usted paga \$0 por un suministro de 30 días.
-

SECCIÓN 8 Información adicional sobre beneficios

Además, su plan ofrece beneficios adicionales para algunos medicamentos para la disfunción eréctil (DE) y ciertas vitaminas (comprimidos de 1 mg de ácido fólico, cápsulas de 50,000 unidades de vitamina D e inyecciones de B12). Estos medicamentos tendrán cobertura con un costo compartido de Nivel 2 durante todo el año del plan. Los costos compartidos del Nivel 2 seguirán siendo los mismos en todas las etapas de beneficios. Sildenafil (Viagra genérico) y Tadalafil (Cialis genérico) tienen cobertura de hasta 6 pastillas al mes de cualquiera de los medicamentos o una combinación de los dos medicamentos, sin exceder 6 pastillas al mes con un máximo de 72 pastillas al año.

SECCIÓN 9 Vacunas de la Parte D. Lo que paga depende de cómo las obtenga y dónde las reciba

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Algunas vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la “Lista de medicamentos” del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la “Lista de medicamentos” de su plan o comuníquese con el Servicio para miembros para obtener detalles de cobertura y costos compartidos sobre vacunas específicas.

Nuestra cobertura para vacunas de la Parte D incluye dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el **costo de la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de la **aplicación de la vacuna**. (Esto a veces se denomina administración de la vacuna).

Capítulo 6 : Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

Sus costos por una vacuna de la Parte D depende de tres cuestiones:

1. Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el ACIP y a usted no le cuestan nada.

2.Dónde le administran la vacuna.

- La vacuna en sí puede ser administrada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.

3.Quién le administra la vacuna.

- Un farmacéutico u otro prestador puede administrar la vacuna en la farmacia.Como alternativa, un prestador de servicios médicos puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que paga al momento de la administración de una vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la etapa de **pago de medicamentos** en la que se encuentre.

- A veces, cuando recibe una vacuna, tiene que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo para que el prestador se la administre.Puede solicitarle al plan que le reembolse nuestra parte del costo.Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando reciba una vacuna, pagará solo su parte del costo en virtud de su beneficio de la Parte D.Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.

A continuación, se presentan tres ejemplos de formas en que podría recibir una vacuna de la Parte D.

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su coseguro *O* copago para la vacuna en sí, que incluye el costo por administrarla.
- Nuestro plan pagará el resto del costo.

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

- Cuando reciba la vacuna, es posible que pague el costo total de la vacuna en sí y el costo para que el prestador se la administre.
- Luego, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo; para ello, deberá usar los procedimientos descritos en el Capítulo 7.

Capítulo 6 : Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que haya pagado. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro *O* copago por la vacuna (incluida la administración), y menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, pagará a la farmacia su coseguro *O* copago por la vacuna en sí.
- Cuando el médico le aplique la vacuna, es posible que deba pagar el costo total del servicio.
- Luego, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo; para ello, deberá usar los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que haya pagado. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna, y menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7 :

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7 : Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando solicite atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, es posible que advierta que ha pagado más de lo que esperaba en virtud de las normas de cobertura del plan. En estos casos, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el pago (devolverle un pago suele llamarse otorgarle un reembolso). Es su derecho obtener un reembolso por parte del plan siempre que haya pagado una suma superior a su parte del costo por los servicios médicos o medicamentos con cobertura de nuestro plan. Es posible que haya plazos que deba cumplir para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

En otras ocasiones, es posible que reciba una factura de un prestador de servicios médicos por el costo total de la atención médica que ha recibido o posiblemente por un importe superior a los costos compartidos que se detallan en el documento. Primero intente resolver la factura con el prestador. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Analizaremos la factura y decidiremos si corresponde cubrir los servicios. Si decidimos que corresponde cubrirlos, le pagaremos directamente al prestador de servicios médicos. Si decidimos no pagarlo, se lo notificaremos al prestador. Nunca debe pagar más del costo compartido permitido por el plan. Si se contrata a este prestador de servicios médicos, usted aún tiene derecho al tratamiento.

A continuación, indicamos algunos ejemplos de situaciones en las que es posible que deba solicitar a nuestro plan que le realice un reembolso o que pague una factura que haya recibido:

1. Cuando haya recibido atención médica de emergencia o de urgencia por parte de un prestador de servicios médicos fuera de la red de nuestro plan

Fuera del área de servicio, puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier prestador de servicios médicos, sea o no de nuestra red. En estos casos,

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los prestadores de servicios médicos de emergencia están legalmente obligados a proporcionar atención de emergencia. Si paga el monto total al momento de recibir la atención, pídanos que le reintegremos nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con los comprobantes de los pagos que haya realizado.
- Es posible que reciba facturas por parte de un prestador de servicios médicos en las que se solicita un pago que usted cree que no adeuda. Envíenos esta factura junto con los comprobantes de los pagos que haya realizado.
 - Si se le debe algo al prestador de servicios médicos, le pagaremos directamente al prestador.
 - Si ya ha pagado más que su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debía usted y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

Capítulo 7 : Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

2.Cuando un prestador de servicios médicos de la red le envía una factura que usted cree que no debe pagar

Los prestadores de servicios médicos de la red siempre deben facturar directamente al plan y solicitarle a usted su parte del costo.Sin embargo, a veces, cometen errores y le solicitan a usted que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo debe pagar sus costos compartidos cuando recibe servicios con cobertura.No permitimos que los prestadores de servicios médicos agreguen cargos adicionales por separado, lo que se denomina “factura con saldo”.Esta protección (que nunca pagará más que los costos compartidos) rige incluso si le pagamos al prestador de servicios médicos menos de lo que él cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos determinados cargos de prestadores de servicios médicos.
- Siempre que reciba una factura de un prestador de servicios médicos que forma parte de la red con un monto que usted considere que supera al que le corresponde pagar, envíenos la factura.Nos comunicaremos con el prestador de servicios médicos directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un prestador de servicios médicos de la red, pero piensa que ha pagado demasiado, envíenos la factura junto con los comprobantes de los pagos que haya hecho y solicítenos que le paguemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que adeuda en virtud del plan.

3.Si se inscribe en nuestro plan de forma retroactiva

A veces, la inscripción de una persona se hace de forma retroactiva.(Esto significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. Es posible que la fecha de la inscripción haya tenido lugar, incluso, el año pasado).

Si se inscribió en nuestro plan de forma retroactiva y pagó de su bolsillo servicios o medicamentos con cobertura después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos.Deberá presentar cierta documentación, como recibos y facturas, para que gestionemos el reembolso.

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

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que ésta no pueda presentarnos directamente la solicitud de reembolso.Cuando eso sucede, tendrá que pagar el costo total de su medicamento con receta.

Conserve su factura y envíenos una copia para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas.Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para ver un análisis de estas circunstancias.

5.Cuando paga el costo total de un medicamento con receta porque no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted

Capítulo 7 : Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Si no tiene la tarjeta de membresía del plan con usted, puede solicitarle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener de inmediato la información de inscripción que necesita, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta.

Conserve su factura y envíenos una copia para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones

Usted podría pagar el costo total del medicamento con receta porque descubre que, por alguna razón, dicho medicamento no tiene cobertura.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la "Lista de medicamentos" del plan, o bien, podría tener un requisito o restricción que usted desconocía o que no pensaba que lo afectaría a usted. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Conserve su factura y envíenos una copia para solicitarnos que le realicemos un reembolso. En algunos casos, es posible que necesitemos más información de su médico, a fin de reintegrarle nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos indicados anteriormente son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si negamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El capítulo 9 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos una factura que recibió

Puede solicitarnos que le devolvamos el dinero al enviarnos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Se recomienda hacer una copia de su factura y comprobantes para sus registros. **Debe enviarnos su reclamación en el transcurso de 365 días a** partir de la fecha en que recibió el servicio o el artículo.

Para asegurarnos de que nos proporcione toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestros formularios de reclamación para realizar su solicitud de pago.

- No tiene que utilizar el formularios, pero nos ayudará a procesar la información más rápido. La información que necesitamos para tomar una decisión es su nombre, dirección, comprobante de pago, explicación del servicio o artículo recibido, fecha del servicio y nombre del prestador de servicios médicos que brindó el servicio/entregó el artículo.
- Descargue una copia del formularios de nuestro sitio web (www.devoted.com) o llame al Servicio para miembros y solicite el formularios.

Capítulo 7 : Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

- También puede enviar su solicitud de algunos servicios médicos electrónicamente a través del siguiente sitio web <https://my.devoted.com/reimbursement>

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o comprobante de pagos que haya realizado a esta dirección:

Solicitud de pago de servicios médicos:

Devoted
Health ATTN: Member Reimbursements
P.O. Box 211524
Eagan, MN 55121

Solicitud de pago de servicios dentales

LIBERTY Dental Plan
Attn: Claims
P.O. Box 26110
Santa Ana, CA 92799

Solicitud de pago de reclamaciones de medicamentos:

CVS Caremark Medicare Part D Paper Claim P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066

Debe enviarnos su reclamación dentro de los 365 días siguientes a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Si tiene preguntas, póngase en contacto con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este folleto). Si no sabe qué debe pagar o si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarlo. También, puede llamar si desea obtener más información acerca de una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos
Sección 3.1	Corroboramos para saber si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos brinde información adicional. De lo contrario, analizaremos su solicitud y tomaremos una decisión sobre la cobertura.

Capítulo 7 : Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las normas, le pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el reembolso de nuestra parte del costo. Si no ha pagado el servicio o el medicamento aún, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* tienen cobertura o que usted *no* siguió todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta en la que le explicaremos los motivos por los que no le enviamos el pago y sus derechos a apelar esa decisión.

Sección 3.2	Si le informamos que no le pagaremos la totalidad o una parte de la atención médica o del medicamento, puede realizar una apelación
--------------------	--

Si considera que cometimos un error al negar su solicitud de pago o el monto que le pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que modifiquemos la decisión que tomamos al negar su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8 :

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1

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

Sección 1.1

Debemos proporcionar información de una manera conveniente para usted y de acuerdo con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además del inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.).

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto los clínicos como los no clínicos, se presten de una forma culturalmente adecuada y sean accesibles para todos los inscritos, incluidos aquellos que tienen un dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o aquellos con diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo el plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción e interpretación, y teletipos o conexión TTY, es decir, mediante teléfono de texto o teletipo.

El plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Si lo necesita, también puede acceder a información en español, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo. Se le debe brindar información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para recibir información de una manera que le resulte conveniente, llame al Servicio para miembros.

El plan debe brindarles a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud femenina dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventivos de la mujer.

Si los prestadores de servicios médicos de una especialidad dentro de la red del plan no están disponibles, es responsabilidad del plan localizar prestadores de servicios médicos especializados fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos dentro de la red. En caso de que no haya especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para que le informen sobre dónde acudir para obtener ese servicio con un costo compartido dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, para acudir a un especialista en salud de la mujer o para encontrar un especialista de la red, llámenos para presentar una queja al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711. También puede presentar una queja ante Medicare si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

Capítulo 8 : Sus derechos y responsabilidades

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto los clínicos como los no clínicos, se presten de una forma culturalmente adecuada y sean accesibles para todos los inscritos, incluidos aquellos que tienen limitaciones en inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o aquellos con diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo el plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad, entre otros, la prestación de servicios de traducción e interpretación, y teletipos o conexión TTY, es decir, mediante teléfono de texto o teletipo.

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Si lo necesita, también puede acceder a información en español, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo. Se le debe brindar información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para recibir información de una forma que le resulte conveniente, llame al Servicio para miembros.

Nuestro plan debe brindarles a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud femenina dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventivos de la mujer.

Si los prestadores de servicios médicos de una especialidad dentro de la red del plan no están disponibles, es responsabilidad del plan localizar prestadores de servicios médicos especializados fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos dentro de la red. En caso de que no haya especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para que le informen sobre dónde acudir para obtener ese servicio con un costo compartido dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711 para presentar una queja. También puede presentar una queja ante Medicare si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a sus servicios cubiertos y medicamentos
--------------------	--

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de los proveedores de la red del plan *en un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos por parte de los especialistas cuando necesita tal atención. También tiene derecho a surtir o volver a surtir sus medicamentos con receta en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin demoras prolongadas.

Si cree que no está obteniendo atención médica o medicamentos de la Parte D en un plazo razonable, el Capítulo 9 contiene información sobre lo que puede hacer al respecto.

Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud
--------------------	---

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de su expediente médico e información médica personal. Protegemos su información médica personal como lo exigen estas leyes.

- La información personal sobre su salud incluye información personal que nos brindó cuando se inscribió en este plan, además de su expediente médico y otra información médica y de salud.
- Tiene derechos con respecto a sus datos y al control de cómo se usa su información médica. Le brindamos una notificación por escrito, llamada *Notificación de práctica privada*, que le informa acerca de estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no tengan acceso a sus registros y que no los cambien.
- Excepto en las circunstancias indicadas a continuación, si pretendemos brindarle su información médica a una persona que no le brinda atención ni le paga por ella, *antes estamos obligados a obtener su permiso por escrito o el de alguien a quien usted le haya concedido el poder legal de tomar decisiones en su nombre.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener en primer lugar un permiso de usted por escrito. Estas excepciones están permitidas o son requeridas por la ley.
 - Tenemos la obligación de divulgar información médica a agencias gubernamentales que verifiquen la calidad de la atención.
 - Podemos divulgar su información médica a terceros para que nos ayuden a brindarle servicios.
 - Puesto que es miembro de nuestro plan por medio de Medicare, tenemos la obligación de brindarle a Medicare su información médica, incluida información sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información para fines de investigación o de otro tipo, lo hará en virtud de los estatutos y las regulaciones federales. Por lo general, esto exige que no se comparta información que lo identifique específicamente a usted.

Puede consultar la información de su expediente y saber cómo se ha compartido con otras personas.

Tiene derecho a ver su expediente médico que el plan tiene en su poder y obtener una copia. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer copias. Usted también tiene derecho a solicitarnos que hagamos adiciones o correcciones a su expediente médico. Si nos lo solicita, nos comunicaremos con su prestador de servicios médicos para decidir si se deben realizar los cambios.

Capítulo 8 : Sus derechos y responsabilidades

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con otras personas por algún motivo fuera de lo normal.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame al Servicio para miembros.

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, sus proveedores de red y sus servicios cubiertos

Como miembro de Devoted PREMIUM Florida (HMO), tiene derecho a recibir diversos tipos de información de nuestra parte.

Si desea alguno de los siguientes tipos de información, llame al Servicio para miembros:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información acerca del estado financiero del plan.
 - **Información sobre los prestadores de servicios médicos y las farmacias de nuestra red.** Usted tiene derecho a obtener información acerca de las certificaciones de los prestadores de servicios médicos y las farmacias de la red y sobre la forma en que les pagamos a dichos prestadores de servicios médicos.
- **Información acerca de su cobertura y las reglas que debe seguir cuando la utilice** En los Capítulos 3 y 4 se proporciona información sobre servicios médicos. En los Capítulos 5 y 6 se proporciona información sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
 - **Información acerca de por qué algo no tiene cobertura y qué puede hacer usted al respecto** En el Capítulo 9 se proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 9 también se proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5 Debemos respaldar su derecho de tomar decisiones acerca de su atención

Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en la toma de decisiones acerca de su atención médica.

Tiene derecho a obtener toda la información por parte de sus médicos y otros prestadores de servicios médicos. Sus prestadores de servicios médicos deben explicarle cuál es su problema de salud y sus opciones de tratamiento *de forma tal que sea fácil de entender para usted*.

También tiene derecho a participar en todas las decisiones acerca de su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con su médico acerca del mejor tratamiento para usted, entre sus derechos se incluyen los siguientes:

Capítulo 8 : Sus derechos y responsabilidades

- **Conocer todos los detalles sobre sus opciones.** Tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar lo que cuesten o si el plan las cubre. También incluye que le informen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usar los medicamentos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen acerca de cualquier riesgo involucrado en su atención. Se le debe informar por adelantado si algún tipo de atención médica o tratamiento propuesto es parte de un estudio experimental. Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento experimental.
- **Derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a irse del hospital o de cualquier otro centro de salud, incluso si su médico le recomienda que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar su medicación. Por supuesto, si se niega a recibir el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted será responsable por lo que le suceda a su cuerpo como consecuencia de su decisión.

Tiene derecho a dejar instrucciones acerca de lo que debe hacerse si usted no puede tomar decisiones médicas por usted mismo.

En ocasiones, las personas pierden la capacidad de tomar decisiones sobre su atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a dejar dicho lo que quiere que suceda si se llegase a encontrar en esa situación. Eso significa que, *si usted lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para darle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que en algún momento no sea capaz de tomar las decisiones usted mismo.
- **Proporcionar instrucciones por escrito a su médico** sobre cómo desea que se administre su atención médica en caso de que usted llegue a perder la capacidad para tomar sus propias decisiones.

Los documentos legales que puede utilizar para dejar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman **instrucciones anticipadas**. Existen distintos tipos de instrucciones anticipadas y distintos nombres para cada una de ellas. Los documentos llamados **testamento en vida y poder para decisiones médicas** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea ejercer su derecho a dejar instrucciones anticipadas, deberá hacer lo siguiente:

- **Conseguir el formulario.** Puede obtener el formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, un trabajador social o alguna tienda de artículos de oficina. En ocasiones, puede obtener los formularios de instrucciones anticipadas en organizaciones que brindan información acerca de Medicare. También puede comunicarse con el Servicio para miembros para solicitar los formularios o descargarlos en www.devoted.com.
- **Completar el formulario y firmarlo.** Sin importar dónde consiga este formulario, recuerde que es un documento legal. Le recomendamos que un abogado lo ayude a prepararlo.
- **Entregar copias a las personas adecuadas.** Le recomendamos que les entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que designe en el formulario para que tome las

Capítulo 8 : Sus derechos y responsabilidades

decisiones en caso de que usted no pueda hacerlo. Le recomendamos que entregue copias a sus parientes y amigos más cercanos. Conserve una copia en su hogar.

Si sabe que lo hospitalizarán y ha firmado un documento de instrucciones anticipadas, **lleve una copia al hospital.**

- En el hospital, le preguntarán si ha firmado un documento de instrucciones anticipadas y si lo ha llevado.
- Si no ha firmado ningún formulario de instrucciones anticipadas, en el hospital podrán proporcionarle el formulario si usted desea firmarlo.

Recuerde, es usted quien decide si desea completar una instrucción anticipada (es más, será usted quien decida si desea firmarla cuando se encuentre en el hospital). Conforme a la ley, nadie puede denegarle la atención ni discriminarlo por haber firmado o no un documento de instrucciones anticipadas.

¿Qué sucede si sus instrucciones no son respetadas?

Si firmó un documento de instrucciones anticipadas y considera que un médico o un hospital no siguieron sus instrucciones, puede presentar una queja ante Portal de quejas del Departamento de Salud de Florida (www.flhealthcomplaint.gov)

Sección 1.6	Tiene derecho a realizar quejas y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado
--------------------	--

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento, se le dice lo que puede hacer. Sin importar lo que haga (solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación o una queja), **estamos obligados a tratarlo de forma justa.**

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si cree que fue tratado injustamente o que no se respetaron sus derechos?
--------------------	---

Si es un tema de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles.

Si cree que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos por motivos de raza, discapacidad, religión, sexo, estado de salud, etnia, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o, si es un usuario de TTY, al 1-800-537-7697. También puede llamar a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Es sobre algún otro tema?

Capítulo 8 : Sus derechos y responsabilidades

Si cree que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos, *y no* se trata de una discriminación, puede obtener ayuda para solucionar el problema que tiene:

- Puede **llamar a Servicio para miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- También **puede llamar** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY: 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Dónde obtener más información acerca de sus derechos

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

- Puede **llamar al Servicio para miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Derechos y protecciones de Medicare*. (La publicación está disponible en: es.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-S-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
 - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan

A continuación, enumeramos sus responsabilidades como miembro del plan. Llame al Servicio para miembros si tiene preguntas.

- **Conozca cuáles son los servicios con cobertura y las reglas que debe seguir para recibirlos.** Use esta *Evidencia de Cobertura* para conocer lo que tiene cobertura y las normas que debe seguir para recibir los servicios con cobertura.
 - En los capítulos 3 y 4 se proporcionan los detalles sobre sus servicios médicos.
 - En los Capítulos 5 y 6, encontrará los detalles sobre su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o de medicamentos con receta que no sea la de nuestro plan, es necesario que nos lo comunique.** En el Capítulo 1, se le informa acerca de la coordinación de estos beneficios.
- **Avíseles a su médico y a otros prestadores de servicios médicos que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que reciba atención médica u obtenga medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros prestadores de servicios médicos lo ayuden al brindarles información, hacerles preguntas y seguir las instrucciones sobre su tratamiento.**

Capítulo 8 : Sus derechos y responsabilidades

- Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros prestadores de servicios médicos sobre sus problemas de salud. Siga los planes y las instrucciones de tratamiento que acuerde con su médico.
- Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
- Si tiene alguna pregunta, asegúrese de hacerla y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Contamos con que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También contamos con que actúe de forma que colabore con el funcionamiento sin contratiempos del consultorio del médico, los hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que deba.** Como miembro, es su responsabilidad realizar los pagos por los siguientes servicios:
 - Debe pagar las primas del plan.
 - Debe seguir pagando una prima de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos con cobertura, usted debe pagar su parte de los costos.
 - Si se le exige pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la penalidad para mantener su cobertura de medicamentos con receta.
 - Si se le exige que pague el monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos anuales, usted debe seguir pagando el monto adicional directamente al gobierno para poder seguir siendo miembro del plan.
- **Incluso si se muda *dentro* de nuestra área de servicio del plan, necesitamos saberlo** para poder mantener al día su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* de nuestra área de servicio, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante avisarle al Seguro Social (o a la Junta de retiro ferroviario).

CAPÍTULO 9 :

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo, se explican dos tipos de procesos para abordar problemas e inquietudes:

- Para ciertos tipos de problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**, que también se les llama reclamaciones.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que tanto usted como nosotros debemos seguir.

La guía en la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto que debe usar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Algunas de las reglas, los procedimientos y los tipos de fechas límites que se explican en este capítulo contienen términos legales, muchos de los cuales son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden resultar difíciles de entender. Para que resulte más sencillo, en este capítulo:

- Se usan palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, generalmente se usa presentar una queja en lugar de presentar una queja formal; decisión de cobertura en lugar de determinación integrada de organización, determinación de cobertura o determinación de miembro en riesgo; y organización de revisión independiente en lugar de entidad de revisión independiente.
- También se utiliza la menor cantidad posible de abreviaciones.

Sin embargo, puede ser útil (y, en ocasiones, bastante importante) conocer los términos legales correctos. Saber qué términos usar lo ayudará a comunicarse con más eficacia para obtener la ayuda o la información pertinente para su situación. Para que sepa qué palabras utilizar, empleamos términos legales al brindarle detalles para abordar determinados tipos de situaciones.

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

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que recibe de nosotros, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el personal de servicio al cliente para obtener ayuda. Sin embargo, en algunas situaciones, es posible que desee que lo ayude o guíe una persona que no tenga relación con nosotros. **A continuación, se mencionan dos entidades que pueden ayudarlo.**

Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o cobertura médica. Los consejeros de este programa pueden ayudarlo a entender los procesos que deberá seguir para tratar el problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, proporcionarle más información y ofrecerle una orientación.

Los servicios de los consejeros del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las URL de los sitios web en el Capítulo 2, Sección 3, de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Puede hacerlo de la siguiente manera:

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

SECCIÓN 3 Para abordar un problema, ¿qué proceso debe seguir?

Si tiene un problema o una inquietud, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente guía le ayudará.

¿Se relaciona su problema o inquietud con los beneficios o la cobertura?

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos con receta de la Parte B) tiene cobertura o no, la forma en que la tiene y problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Pase a la siguiente sección de este capítulo, la **Sección 4, titulada Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

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

No.

Vaya a **la sección 10** al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras cuestiones.**

SECCIÓN 4 Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general
--

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de la atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a los artículos y servicios médicos y a los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted recurre al proceso de apelaciones y decisiones de cobertura en situaciones tales como si un artículo o servicio tiene cobertura o no y la forma en que la tiene.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan le deriva a un especialista médico que no se encuentra dentro de la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o que la Evidencia de Cobertura deje claro que el servicio recomendado no tiene cobertura en ninguna circunstancia. Usted y su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro sobre la cobertura para un servicio médico en particular o se niega a proporcionar atención médica que usted crea necesitar. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no la revisamos. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos su solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en donde detallaremos por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos qué tiene cobertura para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, es posible que decidamos que una atención médica

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

no tiene cobertura o que perdió la cobertura de Medicare. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, podrá presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que reciba un beneficio, con la que no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, que se analizan más adelante, puede solicitar la apelación acelerada o **apelación rápida** de una decisión de cobertura. Se encargan de su apelación revisores distintos de los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar que hayamos seguido todas las reglas de forma adecuada. Cuando hayamos finalizado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no la revisamos. Algunos ejemplos de cuándo se desestimarán una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos su solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso en el que explicaremos por qué lo hicimos y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si decimos que no a todo o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

- No es necesario que haga nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación para atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 5.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.
- Para las apelaciones sobre medicamentos de la Parte D, si decimos que no a parte o la totalidad de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 6 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, quizás pueda proceder a niveles superiores de apelación (en la Sección 9 de este capítulo, se explica el proceso para apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

Capítulo 9 : Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación**

Estos son algunos recursos que tal vez desee usar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos al Servicio para miembros.**
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.** Si su médico lo ayuda con una apelación superior al Nivel 2, usted deberá designarlo como su representante. Llame al Servicio para miembros y solicite el *Formulario de designación de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf, o en nuestro sitio web, www.devoted.com/es/documentos-plan/formularios-miembros/).
 - Para la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación en el Nivel 1, automáticamente se enviará al Nivel 2.
 - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico o la persona que receta pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o la persona que receta pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Usted puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como representante para pedir una decisión de cobertura o para presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llame al Servicio para miembros y solicite un *Formulario de designación de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf, o en nuestro sitio web, www.devoted.com/es/documentos-plan/formularios-miembros/). El formulario le otorga a esa persona permiso para actuar en su nombre. Deben firmarlo usted y la persona que usted desee que actúe en su nombre. Usted debe darnos una copia del formulario firmado.
 - Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni finalizar nuestra revisión hasta no recibirlo. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar la decisión sobre su apelación), se descartará su solicitud de apelación. Si esto ocurre, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado o bien averiguar el nombre de un abogado del colegio de abogados de su localidad u otro servicio de consulta. También hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos

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

si usted cumple con los requisitos.No obstante, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo, se ofrece información detallada de su situación?

Hay cuatro situaciones diferentes que implican decisiones de cobertura y apelaciones.Ya que cada situación tiene sus propias reglas y fechas límite, detallamos cada una en otras secciones:

- **Sección 5** de este capítulo:Su atención médica:Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6** de este capítulo:Sus medicamentos con receta de la Parte D:Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** de este capítulo:Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía en el hospital más prolongada si usted considera que le dan el alta demasiado pronto
- **Sección 8** de este capítulo:Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura finalizará demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF])

Si no está seguro de qué sección se aplica, llame al Servicio para miembros.También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el SHIP.

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar o apelar una decisión de cobertura**Sección 5.1 En esta sección, se informa qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea una devolución del costo que nos corresponde pagar de su atención**

En esta sección se abordan sus beneficios de atención médica.Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B.En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos con receta de la Parte B son diferentes de las reglas para artículos y servicios médicos.

En esta sección se le informa qué puede hacer si se encuentra en una de estas cinco situaciones:

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

- 1.No recibe cierta atención médica que desea y cree que tiene cobertura de nuestro plan.**Solicite una decisión de cobertura.Sección 5.2.**
- 2.Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro prestador de servicios médicos desee brindarle y usted cree que esta atención tiene cobertura del plan.**Solicite una decisión de cobertura.Sección5.2.**
- 3.Recibió atención médica que cree que debe cubrir el plan, pero hemos dicho que no pagaremos esa atención.**Presente una apelación.Sección 5.3.**
- 4.Recibió y pagó atención médica que considera que el plan debe cubrir y desea pedirle a nuestro plan que le reembolse el pago por esta atención.**Envíenos la factura.Sección 5.5**
- 5.Le informan que la cobertura para cierta atención médica que recibió y que estaba aprobada previamente se reducirá o interrumpirá y usted cree que reducir o interrumpir la atención puede ser perjudicial para su salud.**Presente una apelación.Sección 5.3**

Nota:Si la cobertura que se interrumpirá es de atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención de un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 de este Capítulo.Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura implica su atención médica, se denomina determinación de la organización.
Una decisión rápida de cobertura se denomina determinación acelerada

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

Una decisión estándar de cobertura generalmente se resuelve en el plazo de 14 días o de 72 horas en el caso de medicamentos de la Parte B.Una decisión rápida de cobertura generalmente se resuelve en el plazo de 72 horas en el caso de servicios médicos y en el plazo de 24 horas en el caso de medicamentos de la Parte B.Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir con dos requisitos:

- *Solo puede solicitar* cobertura para artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos o servicios ya recibidos).

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

- Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si al usar las fechas límite estándar puede *causar un grave peligro para su salud o dañar su capacidad física*.
- **Si su médico nos informa que su salud exige una decisión rápida de cobertura, le otorgaremos automáticamente una.**
- **Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta (sin el apoyo de su médico), decidiremos si su salud exige que le otorguemos una.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta con la siguiente información:
 - Una explicación de que aplicaremos las fechas límites estándar
 - Una explicación de que, si su médico nos solicita una decisión rápida de cobertura, le otorgaremos automáticamente una
 - Una explicación de que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de otorgarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó.

Paso 2:Solicite a nuestro plan una decisión de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

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

Paso 3:Consideraremos su solicitud de cobertura de atención médica y le daremos una respuesta.

Para las decisiones estándar de cobertura, aplicamos las fechas límites estándar.

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

- **Sin embargo**, si pide más tiempo o si necesitamos obtener más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días más** si su solicitud está relacionada con un artículo o servicio médico. Si nos tomamos unos días más, se lo informaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es acerca de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* debemos tomarnos unos días más, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre las quejas).

Para las decisiones rápidas de cobertura, aplicamos un plazo acelerado

Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en el plazo de 72 horas si su solicitud está relacionada con un artículo o servicio médico. Si su solicitud es por un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, responderemos dentro de las 24 horas.

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

- Sin embargo, si pide más tiempo o si necesitamos obtener más información que pueda beneficiarlo, podemos demorar hasta 14 días más. Si nos tomamos unos días más, se lo informaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es acerca de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que no debemos tomarnos unos días más, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos en cuanto hayamos tomado la decisión.
- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede presentar una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que se procederá al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 5.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan por una decisión de cobertura de atención médica se denomina reconsideración del plan .
Una "apelación rápida" también se llama reconsideración acelerada .

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

Por lo general, se presenta una apelación estándar dentro de los 30 días o 7 días para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se resuelve en el plazo de 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no recibió, usted o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa que su salud exige una apelación rápida, se la otorgaremos.
- Los requisitos para solicitar una apelación rápida son los mismos que los requisitos para solicitar una decisión rápida de cobertura que se mencionan en la Sección 5.2 de este capítulo.

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

- Si solicita una apelación estándar, preséntala por escrito. En el Capítulo 2, figura la información de contacto.
- Si solicita una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos. En el Capítulo 2, figura la información de contacto.

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

- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** después de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tiene un buen motivo para no cumplirla, explique el motivo por el cual su apelación se retrasó cuando la presente. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de un buen motivo podrían incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le brindamos información incompleta o incorrecta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

Paso 3: Consideraremos su apelación y le daremos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, analizaremos cuidadosamente toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Posiblemente nos comuniquemos con usted o con su médico para recopilar más información, si es necesario.

Fechas límite para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en el plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le comunicaremos nuestra respuesta antes de ese plazo si su salud así lo exigiera.
 - Sin embargo, si pide más tiempo o si necesitamos obtener más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud está relacionada con un artículo o servicio médico. Si nos tomamos unos días más, se lo informaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo si su solicitud está relacionada con un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas (o a más tardar al final del plazo extendido si nos tomamos más días), debemos proceder automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelación, en el cual una organización de revisión independiente examina la apelación. En la Sección 5.4, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que autorizar o prestar la cobertura que hemos acordado prestar dentro de las 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y procederemos automáticamente a una apelación de Nivel 2 a cargo de una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en el plazo de 30 días** calendario después de que recibamos su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que no recibió aún, le daremos una respuesta **dentro de los 7**

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

días calendario después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes de ese plazo si su problema de salud así lo exigiera.

- Sin embargo, si pide más tiempo o si necesitamos obtener más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario** más si su solicitud está relacionada con un artículo o servicio médico. Si nos tomamos unos días más, se lo informaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es acerca de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* debemos tomarnos unos días más, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o a más tardar al final del plazo extendido), procederemos a una apelación de Nivel 2, en el cual una organización de revisión independiente examina la apelación. En la Sección 5.4, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o prestar la cobertura en el plazo de 30 días calendario si su solicitud está relacionada con un artículo o servicio médico o **en el plazo de 7 días calendario** si su solicitud está relacionada con un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, procederemos automáticamente a una apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente.

Sección 5.4 Paso a paso: cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Términos legales
El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE).

La **organización de revisión independiente es una entidad independiente que contrata Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación, que se denomina **expediente de caso. Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente de caso.**
- Tiene derecho a brindarle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

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

Si recibió una apelación rápida en el Nivel 1, también recibirá una apelación rápida en el Nivel 2

- Para la “apelación rápida”, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 72 horas** después de que reciba su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud está relacionada con un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita obtener más información **que pueda beneficiarlo, puede demorar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tardar más tiempo en tomar una decisión si su solicitud está relacionada con un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si recibió una apelación estándar en el Nivel 1, también recibirá una apelación estándar en el Nivel 2

- Para la “apelación estándar”, si su solicitud está relacionada con un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 30 días calendario** después de que reciba su apelación. Si su solicitud está relacionada con un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 7 días calendario** después de que reciba su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud está relacionada con un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita obtener más información **que pueda beneficiarlo, puede demorar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tardar más tiempo en tomar una decisión si su solicitud está relacionada con un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2:La organización de revisión independiente le dará una respuesta.

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas, o bien proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización de revisión si se trata de una solicitud estándar. Para solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de su solicitud de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizarle o proporcionarle el medicamento con receta de la Parte B **en el plazo de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión si se trata de una solicitud **estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina **ratificar la decisión** o **rechazar su**

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

apelación).En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para:

- Explicarle su decisión.
- Notificarle sobre su derecho a solicitar una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza un determinado mínimo.En el aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente, se le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelación.
- Informarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3:Si su caso cumple con los requisitos, usted decidirá si desea proceder con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total, son cinco niveles de apelación).Si desea proceder a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se indican en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- El juez de derecho administrativo o el abogado de arbitraje se encargará de la apelación de Nivel 3.En la Sección 9 de este capítulo, se explican los procesos para las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos pide que le paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por atención médica?

El Capítulo 7 describe cuándo deberá solicitar un reembolso o pago de una factura que recibió de un prestador de servicios médicos.También informa cómo enviarnos los documentos necesarios para pedirnos el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación para pedir el reembolso, se entiende que solicita una decisión de cobertura.Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó tiene cobertura.También comprobaremos si respetó todas las reglas de uso de la cobertura para obtener atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:**Si la atención médica tiene cobertura y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo en el plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.Si no pagó la atención médica, le enviaremos el pago directamente al prestador de servicios médicos.
- **Si rechazamos su solicitud:**Si la atención médica *no* tiene cobertura o usted *no* siguió todas las reglas, no enviaremos el pago.En cambio, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos la atención médica y detallaremos los motivos.

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

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos solicita modificar la decisión de cobertura que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Para las apelaciones relacionadas con reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en el plazo de 60 días calendario después de que recibamos su apelación. Si nos solicita que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó, no tiene permitido solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que tenemos que pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al prestador de servicios médicos en el plazo de 30 días calendario. Si se acepta su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación posterior al Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al prestador de servicios médicos en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 En esta sección, se describe qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le devolvamos el importe de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Para que tenga cobertura, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, en general decimos medicamento en el resto de esta sección, en lugar de repetir medicamento con receta con cobertura para pacientes ambulatorios o medicamento de la Parte D. También usamos el término “Lista de medicamentos” en lugar de *Lista de medicamentos con cobertura* o *Lista de medicamentos aprobados*.

- Si no sabe si un medicamento tiene cobertura o si cumple con las reglas, puede preguntarnos. Con algunos medicamentos, debe obtener nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si en su farmacia le dicen que no se puede surtir su receta tal como se emitió, le darán un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se llama determinación de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos.En esta sección, se explica qué puede hacer si se encuentra en alguna de estas situaciones:

- Solicitud de cobertura de un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos con cobertura* del plan.**Solicite una excepción.Sección 6.2**
- Solicitud de exención de una restricción sobre la cobertura del plan para un medicamento (como los límites en la cantidad de medicamento que puede recibir).**Solicite una excepción.Sección 6.2**
- Solicitud de pago de un monto de costos compartidos más bajo para un medicamento con cobertura en un nivel más alto.**Solicite una excepción.Sección 6.2**
- Solicitud de aprobación previa de un medicamento.**Solicite una decisión de cobertura.Sección 6.4**
- Pago de un medicamento con receta que ya compró.**Solicítenos el reembolso del dinero.Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección, se explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Pedirnos cobertura de un medicamento que no aparece en la "Lista de medicamentos" a veces se denomina excepción de la lista de medicamentos aprobados . La solicitud de eliminación de una restricción sobre la cobertura para un medicamento también se denomina solicitud de una excepción a la lista de medicamentos aprobados . Pedir pagar un precio menor por un medicamento con cobertura no preferido a veces se denomina pedir una excepción en los niveles

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

Si un medicamento no tiene cobertura de la manera que usted desea, puede solicitarnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona que receta deberán explicar los motivos médicos por los cuales necesita que se apruebe. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona que receta pueden solicitarnos:

1. **Cobertura de un medicamento de la Parte D que no figure en nuestra "Lista de medicamentos"**. Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la "Lista de medicamentos", deberá pagar el monto de costos compartidos aplicable a los medicamentos del Nivel 4 para medicamentos de marca o medicamentos genéricos. No puede solicitar una excepción al monto de costos compartidos que nosotros le exigimos pagar por el medicamento.
2. **Eliminación de una restricción para un medicamento con cobertura**. En el Capítulo 5, se describen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra "Lista de medicamentos". Si aceptamos hacer una excepción y eximir una restricción, puede solicitar una excepción al monto de copago o coseguro que le exigimos pagar por el medicamento.
3. **Cambio de cobertura de un medicamento a un nivel de costos compartidos más bajo**. Cada uno de los medicamentos que aparecen en la "Lista de medicamentos" pertenece a alguno de los 5 niveles de costos compartidos. En general, cuanto más bajo es el nivel de costos compartidos, menos paga como parte del costo del medicamento.
 - Si en la "Lista de medicamentos" figuran medicamentos alternativos para el tratamiento de su afección médica que se encuentran en un nivel de costos compartidos más bajo que el suyo, puede solicitarnos que lo cubramos por el monto de costos compartidos aplicable al medicamento alternativo.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos cobertura de su medicamento por el monto de los costos compartidos aplicable al nivel más bajo que tenga alternativas de productos de marca para el tratamiento de su problema de salud.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos cobertura de su medicamento por el monto de los costos compartidos aplicable al nivel más bajo que tenga alternativas de marca o genéricas para el tratamiento de su problema médico.
 - No puede pedirnos que modifiquemos el nivel de costos compartidos para un medicamento del Nivel 5.
 - Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costos compartidos más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Información importante sobre cómo solicitar excepciones

Su médico debe informarnos los motivos médicos

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

Su médico o la persona que receta deben presentarnos una declaración en la que se expliquen los motivos médicos para solicitar una excepción. Para que la decisión sea más rápida, incluya esta información de su médico o la persona que receta cuando solicite la excepción.

Por lo general, en nuestra "Lista de medicamentos" figura más de un medicamento para tratar una afección en particular. Las diferentes opciones se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo sería tan eficaz como el que se solicita y no causaría más efectos secundarios ni otros problemas de salud, generalmente *no* aprobamos la solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente *no* aprobamos la solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos de los niveles de costos compartidos más bajos no resulten tan eficaces o tengan probabilidades de causar una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aceptamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta el final del año del plan. Esto es así siempre y cuando su médico siga recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión mediante una apelación.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Términos legales
Una decisión rápida de cobertura se denomina determinación acelerada de cobertura .

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

Las **decisiones estándar de cobertura** se resuelven en el plazo de **72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico. Las **decisiones rápidas de cobertura** se resuelven en el plazo de **24 horas** después de que recibamos la declaración de su médico.

Si su salud lo exige, solicítenos una decisión rápida de cobertura. Para obtener una decisión rápida de cobertura, usted debe cumplir dos requisitos:

- Debe solicitar un medicamento que aún no recibió. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos pide que le reembolsemos el monto de un medicamento que ya compró).
- Si se aplican las fechas límites estándar, podría verse gravemente afectada su salud o su capacidad física.
- **Si su médico o la persona que receta nos informan que su salud exige una decisión rápida de cobertura, le otorgaremos automáticamente una.**

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

- **Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin la ayuda de su médico ni de la persona que receta, decidiremos si su salud exige que le otorguemos una.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta con la siguiente información:
 - Una explicación de que aplicaremos las fechas límites estándar.
 - Una explicación de que, si su médico o la persona que receta nos solicita una decisión rápida de cobertura, le otorgaremos automáticamente una.
 - Una descripción de cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de otorgarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Responderemos su queja en el plazo de 24 horas después de la recepción.

Paso 2:Solicite una decisión estándar de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

Primero, llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar toda solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el *Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS* o en un formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web. En el Capítulo 2, figura la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique por cuál reclamación denegada se presenta la apelación.

Usted, su médico (o la persona que receta) o su representante pueden hacerlo. También puede solicitar a un abogado que actúe como su representante. En la Sección 4 de este capítulo se indica cómo puede dar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

Si solicita una excepción, presente la declaración de respaldo, que son los motivos médicos de la excepción. Su médico o la persona que receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. También puede informarnos estos motivos por teléfono y, posteriormente, enviarnos la declaración escrita por fax o correo en caso de que sea necesario.

Paso 3:Consideraremos su solicitud y le daremos una respuesta.

Fechas límite para una decisión rápida de cobertura

- Generalmente, damos una respuesta **en el plazo de 24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos una respuesta en el plazo de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le comunicaremos nuestra respuesta antes de ese plazo si su salud así lo exigiera.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos proceder al Nivel 2 del proceso de apelación, en el cual una organización de revisión independiente examina la apelación.

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

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos prestarle la cobertura que acordamos dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o de la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no recibió

- Generalmente, damos una respuesta **en el plazo de 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos una respuesta en el plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le comunicaremos nuestra respuesta antes de ese plazo si su salud así lo exigiera.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos proceder al Nivel 2 del proceso de apelación, en el cual una organización de revisión independiente examina la apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **proporcionar la cobertura** que hayamos acordado **en el plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración de su médico que la respalde.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró.

- Tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos proceder al Nivel 2 del proceso de apelación, en el cual una organización de revisión independiente examina la apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos efectuarle el pago dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que se procederá al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 6.5

Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación presentada al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina redeterminación del plan .
Una apelación rápida también se denomina redeterminación acelerada .

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

Una apelación estándar generalmente se resuelve en el plazo de 7 días.Una apelación rápida generalmente se resuelve en el plazo de 72 horas.Si su salud lo exige, solicite una apelación rápida.

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico o la persona que receta deben decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para solicitar una apelación rápida son los mismos que los requisitos para solicitar una decisión rápida de cobertura que se mencionan en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2:Usted, su representante, el médico o la persona que receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1.Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una **apelación rápida.**

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.**En el Capítulo 2, figura la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833).**En el Capítulo 2, figura la información de contacto.
- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito,** incluida una solicitud presentada mediante el *Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web.Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** después de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura.Si no cumple con esta fecha límite y tiene un buen motivo para no cumplirla, explique el motivo por el cual su apelación se retrasó cuando la presente.Podemos darle más tiempo para presentar su apelación.Los ejemplos de un buen motivo podrían incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le brindamos información incompleta o incorrecta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información incluida en su apelación y agregar más información.**Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

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

Paso 3:Consideraremos su apelación y le daremos una respuesta.

- Cuando revisemos su apelación, volveremos a analizar cuidadosamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura.Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico o la persona que receta para obtener más información.

Fechas límite para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en el plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**.Le comunicaremos nuestra respuesta antes de ese plazo si su salud así lo exigiera.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, debemos proceder al Nivel 2 del proceso de apelación, en el cual una organización de revisión independiente examina la apelación.En la Sección 6.6, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos prestar la cobertura que hemos acordado dentro de las 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para apelación estándar sobre un medicamento que aún no recibió

- Para apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación.Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no recibió el medicamento y su afección médica nos lo exige.
 - Si no le comunicamos una decisión en el plazo de 7 días calendario, debemos proceder al Nivel 2 del proceso de apelación, en el cual una organización de revisión independiente examina la apelación.En la Sección 6.6, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura tan pronto como su salud lo exija, pero a más tardar **7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos proceder al Nivel 2 del proceso de apelación, en el cual una organización de revisión independiente examina la apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos efectuarle el pago dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.

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

- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud.También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Paso 4:Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que se procederá al Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 6.6 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2

Términos legales
El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de Revisión Independiente(Independent Review Entity, IRE).

La organización de revisión independiente es una entidad independiente que contrata Medicare.No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental.Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe modificarse.Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1:Usted (o su representante, médico o la persona que receta) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, en el aviso por escrito que le enviaremos se incluirán **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente.Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar una apelación de Nivel 2, con qué fechas límites se debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión.Sin embargo, si no finalizamos nuestra revisión en el plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **en riesgo** en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, dirigiremos su reclamación automáticamente a la IRE.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación,que se denomina **expediente de caso.Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente de caso.**
- Tiene derecho a brindarle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

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

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Fechas límite para una apelación rápida

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

- Si su salud lo exige, solicite una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización acepta otorgarle una apelación rápida, debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 7 días** calendario después de que reciba su apelación si se trata de un medicamento que aún no recibió. Si solicita el reembolso de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 14 días** calendario después de que reciba su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le dará una respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura del medicamento aprobada por la organización de revisión **en el plazo de 24 horas** después de que recibamos la decisión.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **proporcionar la cobertura del medicamento** aprobada por la organización de revisión **en el plazo de 72 horas** después de que recibamos la decisión.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en el plazo de 30 días** calendario después de que recibamos la decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza una **parte o la totalidad de** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se denomina **ratificar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para:

- Explicarle su decisión.
- Notificarle sobre su derecho a solicitar una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita alcanza un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión de la apelación de Nivel 2 será definitiva.
- Informarle el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Capítulo 9 : Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted decidirá si desea proceder con su apelación.**

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total, son cinco niveles de apelación).
- Si desea proceder a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se indican en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- El juez de derecho administrativo o el abogado de arbitraje se encargará de la apelación de Nivel 3. En la Sección 9 de este capítulo, se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía en el hospital más prolongada si usted considera que le dan el alta demasiado pronto

Cuando lo hospitalizan, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios con cobertura que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía en el hospital con cobertura, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted en la preparación para el día en que abandone el hospital. También le ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar posteriormente.

- El día en que sale del hospital se denomina **fecha de alta**.
- Una vez que se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la informarán.
- Si considera que le piden que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía más prolongada, y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le informan sus derechos

Dentro de los dos días posteriores a su admisión en el hospital, recibirá aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas inscritas en Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso por parte del personal del hospital (por ejemplo, un trabajador social o un profesional de enfermería), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY: 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo comprende. Le brindará la siguiente información:

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

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante su estadía en el hospital y después de ella, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta hospitalaria si cree que le están dando de alta demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar un retraso en la fecha de su alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá a usted o a una persona que lo represente que firme el aviso.
- Firmar este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no contiene su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa que** está de acuerdo con la fecha de alta.

3. Tenga a mano su copia del aviso para que tenga la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha del alta, recibirá otra copia antes de la fecha prevista de alta.
- Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicio para miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si desea solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante más tiempo, deberá seguir el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe entender qué debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio para miembros. También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

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

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejora de la Calidad revisa su apelación. Esta comprueba si la fecha de alta prevista es médicamente adecuada para usted.

La **Organización de Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar la calidad de la atención proporcionada a pacientes de Medicare. Esto incluye la revisión de las fechas de alta del hospital correspondientes a las personas que están inscritas en Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad correspondiente a su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar de inmediato.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) se le explica cómo comunicarse con esta organización. También puede buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad correspondiente a su estado en el Capítulo 2.

Actúe de inmediato:

- Su solicitud de apelación inmediata debe presentarse lo antes posible, pero **no después de las 12:00 p. m. del día anterior a la finalización de la cobertura.**
 - **Si cumple con esta fecha límite**, podrá permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin tener que pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización de Mejora de la Calidad.
 - **Si no cumple con esta fecha límite y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta prevista**, es posible que deba pagar todos los costos *de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta prevista.*
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad y todavía desea apelar, debe presentar la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener más detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización de Mejora de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día posterior a que se comunique con nosotros, le enviaremos un **Aviso detallado de alta**. En este aviso, se le informa su fecha de alta prevista y se explican en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente adecuado) darle el alta en esa fecha.
- Para obtener un ejemplo del **Aviso detallado de alta**, puede llamar al Servicio para miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede ver una muestra del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

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

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realizará una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejora de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que debe continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos entregado.
- Antes del mediodía del día posterior a que los revisores nos informen de su apelación, usted recibirá un aviso por escrito de nuestra parte en el que se le informará la fecha de alta prevista. En este aviso, también se explican en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente adecuado) darle el alta en esa fecha.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de recibir toda la información que necesita, la Organización de Mejora de la Calidad le informará su respuesta a la apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión *acepta* su apelación, **debemos seguir prestándole los servicios hospitalarios con cobertura para pacientes hospitalizados mientras sean médicamente necesarios.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones sobre los servicios hospitalarios con cobertura.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que decidió que su fecha de alta prevista es médicamente adecuada. Si sucede esto, **nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización de Mejora de la Calidad le responda a su apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización de Mejora de la Calidad le responda a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización de Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta prevista, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que usted va a pasar al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Capítulo 9 : Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 7.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria**

Durante una apelación de Nivel 2, le solicita a la Organización de Mejora de la Calidad que revise nuevamente su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización de Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su estadía después de su fecha de alta prevista.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización de Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en el plazo de 60 días calendario** después de la fecha en que la Organización de Mejora de la Calidad *haya rechazado* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó la cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad llevará a cabo una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad volverán a analizar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En el plazo de 14 días calendario después de la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.***Si la organización de revisión acepta su apelación:***

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización de Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindándole cobertura para la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados mientras sea médicamente necesaria.**
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos, y pueden aplicarse limitaciones a la cobertura.

Si la organización de revisión rechaza su apelación:

- Significa que está de acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación de Nivel 1. Esto se denomina *defender la decisión*.
- En el aviso que reciba, se le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea proceder a una apelación de Nivel 3.

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

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total, son cinco niveles de apelación). Si desea proceder a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se indican en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- El juez de derecho administrativo o el abogado de arbitraje se encargará de la apelación de Nivel 3. En la Sección 9 de este capítulo, se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se le pasa el plazo para presentar su apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta hospitalaria?

Términos legales
Una revisión rápida (o apelación rápida) también se llama apelación acelerada .

Puede apelar ante nosotros también

Como se explicó anteriormente, debe actuar de inmediato para presentar la apelación de Nivel 1 de su alta hospitalaria. Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad, hay otra manera de presentar su apelación.

Si usa esta otra manera de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Instrucciones paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que usted nos pide que le respondamos con fechas límite rápidas en lugar de estándares.
- En el Capítulo 2, figura la información de contacto.

Paso 2: Realizaremos una revisión rápida de su fecha de alta prevista al verificar si era médicamente adecuada.

- Durante esta revisión, analizaremos toda la información sobre su estadía en el hospital. Comprobaremos si la fecha de alta prevista fue médicamente adecuada para usted. Verificaremos si la decisión sobre el momento en que debía abandonar el hospital fue justa y cumplió todas las reglas.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión en el plazo de 72 horas después de su solicitud de revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que estamos de acuerdo con usted en que debe permanecer hospitalizado después de la fecha de alta. Seguiremos prestándole los servicios

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

hospitalarios con cobertura para pacientes hospitalizados mientras sean médicamente necesarios. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención médica que ha recibido desde la fecha en que nosotros determinamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones a la cobertura).

- **Si rechazamos su apelación rápida**, significa que decidimos que su fecha de alta prevista era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finaliza el día en que dijimos que finalizaría su cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de la fecha de alta prevista, **es posible que tenga que pagar todos los costos** de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta prevista.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación.

Instrucciones paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de Nivel 2

Términos legales
El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE).

La organización de revisión independiente es una entidad independiente que contrata Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en el plazo de 24 horas después del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no cumplimos con esta fecha límite u otras, puede presentar una queja. En la Sección 10 de este capítulo, se informa cómo hacerlo).

Paso 2: La organización de revisión independiente realizará una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta en el plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta hospitalaria.
- **Si esta organización acepta su apelación**, debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde la fecha del alta prevista. También debemos mantener la cobertura de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados mientras sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones sobre la cobertura, esto puede limitar el monto que reembolsaríamos o el tiempo durante el cual mantendríamos la cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que está de acuerdo en que su fecha de alta hospitalaria prevista era médicamente adecuada.

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

- En el aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente, se le indicará cómo presentar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, de la cual se encarga un juez de derecho administrativo o un abogado de arbitraje.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea proceder a un nivel superior de apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total, son cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si aceptará esta decisión o si procederá a una apelación de Nivel 3.
- En la Sección 9 de este capítulo, se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura finalizará demasiado pronto

Sección 8.1 *En esta sección, solo se tratan tres servicios:*
atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)

Cuando recibe servicios de **atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios con cobertura para ese tipo de atención mientras sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que es momento de interrumpir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, deberemos informarle con anticipación. Cuando finalice su cobertura de esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención.*

Si cree que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** En esta sección se explica cómo solicitar una apelación.

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

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura

Términos legales
Aviso de no cobertura de Medicare. Le informa cómo puede solicitar una apelación por vía rápida .Solicitar una apelación por vía rápida es una manera legal y formal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre el momento de interrumpir su atención.

1.Recibirá un aviso por escrito al menos dos días antes de que nuestro plan interrumpa la cobertura de su atención.En el aviso, se le indicará lo siguiente:

- La fecha en que interrumpiremos la cobertura de la atención para usted.
- Cómo solicitar una apelación por vía rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más prolongado.

2.Se le pedirá a usted, o a una persona que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo ha recibido.Firmar este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre el momento en que se interrumpirá su cobertura.**Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de interrumpir la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado

Si desea solicitar que cubramos su atención durante más tiempo, deberá seguir el proceso de apelación para presentar esta solicitud.Antes de comenzar, debe entender qué debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Solicite ayuda si la necesita.**Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio para miembros.También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejora de la Calidad revisa su apelación.Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

La **Organización de Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar la calidad de la atención proporcionada a pacientes de Medicare.Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre el

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

momento de interrumpir la cobertura de ciertos tipos de atención médica.Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1:Presente su apelación de Nivel 1. Comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad y solicite una *apelación por vía rápida*.Debe actuar de inmediato.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*), se le indica cómo comunicarse con esta organización.También puede buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad correspondiente a su estado en el Capítulo 2.

Actúe de inmediato:

- Debe comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad para presentar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor** que figura en el Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad y todavía desea presentar una apelación, nos la debe presentar directamente a nosotros.Para obtener más detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2:La Organización de Mejora de la Calidad realizará una revisión independiente de su caso.

Términos legales
Explicación detallada de no cobertura. Aviso que brinda detalles sobre los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué considera que debe continuar la cobertura de los servicios.No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le haya entregado.
- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** de nuestra parte, en la que se explican en detalle nuestros motivos para finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3:En el plazo de un día completo después de recibir toda la información que necesitan, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

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

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **tenemos que seguir prestándole los servicios con cobertura mientras sean médicamente necesarios.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones sobre sus servicios con cobertura.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha en que le informamos.**
- Si decide seguir recibiendo atención médica a domicilio, atención de un centro de enfermería especializada o servicios de un CORF *después* de la fecha en que finaliza su cobertura, usted **tendrá que pagar el costo total** de la atención.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted elige continuar recibiendo atención después de que la cobertura haya finalizado, podrá presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado
--------------------	---

Durante una apelación de Nivel 2, le solicita a la Organización de Mejora de la Calidad que revise nuevamente la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización de Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de la atención médica a domicilio, la atención de un centro de enfermería especializada o los servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le indicamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización de Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en el plazo de 60 días** después de la fecha en que la Organización de Mejora de la Calidad *haya rechazado* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si siguió recibiendo atención después de la fecha en que finalizó la cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad llevará a cabo una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad volverán a analizar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3:En el plazo de 14 días después de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en que le indicamos que finalizaría su cobertura.**Debemos seguir brindándole cobertura** para la atención mientras sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos, y pueden aplicarse limitaciones a la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que está de acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que reciba, se le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.Se le brindarán los detalles sobre cómo proceder al siguiente nivel de apelación, del cual se encargará un juez de derecho administrativo o un abogado de arbitraje.

Paso 4:Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea proceder a un nivel superior de apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2 (en total, son cinco niveles de apelación).Si desea proceder a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se indican en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- El juez de derecho administrativo o el abogado de arbitraje se encargará de la apelación de Nivel 3.En la Sección 9 de este capítulo, se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5

¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?

Puede apelar ante nosotros también

Como se explicó anteriormente, debe actuar de inmediato y comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad para presentar su primera apelación (en el plazo de uno o dos días como máximo).Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con esta organización, hay otra manera de presentar su apelación.Si usa esta otra manera de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Instrucciones paso a paso:Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Términos legales
Una revisión rápida (o apelación rápida) también se llama apelación acelerada .

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

Paso 1:Comuníquese con nosotros y solicite una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.**Esto significa que usted nos pide que le respondamos con fechas límite rápidas en lugar de estándares.
- En el Capítulo 2, figura la información de contacto.

Paso 2:Realizaremos una revisión rápida de la decisión que tomamos sobre el momento de finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volveremos a analizar toda la información sobre su caso.Verificaremos si seguimos todas las reglas cuando fijamos la fecha de finalización de la cobertura del plan para los servicios que usted recibía.

Paso 3:Le comunicaremos nuestra decisión en el plazo de 72 horas después de su solicitud de revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios durante más tiempo y seguiremos prestándole los servicios con cobertura mientras sean médicamente necesarios.También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención médica que ha recibido desde la fecha en que nosotros determinamos que finalizaría su cobertura.(Usted debe pagar su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones a la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación**, su cobertura finalizará en la fecha en que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si siguió recibiendo atención médica a domicilio, atención de un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le indicamos que finalizaría su cobertura, **deberá pagar el costo total de la atención.**

Paso 4:Si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelación.

Términos legales
El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE).

Instrucciones paso a paso:Proceso de apelación *alternativa* de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la organización de **revisión independiente** revisa la decisión que tomamos en cuanto a su apelación rápida.Esta organización decide si la decisión debe modificarse. **La organización de revisión independiente es una entidad independiente que contrata Medicare.**Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.Es una compañía elegida por Medicare para que se desempeñe como organización de revisión independiente.Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1:Enviaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

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

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en el plazo de 24 horas después del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación.(Si cree que no cumplimos con esta fecha límite u otras, puede presentar una queja. En la Sección 10 de este capítulo, se informa cómo hacerlo).

Paso 2:La organización de revisión independiente realizará una revisión rápida de su apelación.Los revisores le darán una respuesta en el plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en que le indicamos que finalizaría su cobertura.También debemos continuar brindándole cobertura para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.Usted debe seguir pagando su parte de los costos.Si existen limitaciones sobre la cobertura, esto puede limitar el monto que reembolsaríamos o el tiempo durante el cual mantendríamos la cobertura de los servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan sobre su primera apelación y no la modificará.
 - En el aviso que reciba de la organización de revisión independiente, se le indicará por escrito lo que puede hacer si desea proceder a una apelación de Nivel 3.

Paso 3:Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea proceder a un nivel superior de apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2 (en total, son cinco niveles de apelación).Si desea proceder a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se indican en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado de arbitraje revisará la apelación de Nivel 3.En la Sección 9 de este capítulo, se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo proceder a una apelación de Nivel 3 o superior

Sección 9.1 Apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5 para Solicitudes de Servicios Médicos

Esta sección puede aplicarse a usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas se rechazaron.

Si el valor en dólares del artículo o el servicio médico por el que ha presentado la apelación alcanza ciertos niveles mínimos, quizás pueda proceder a niveles superiores de apelación.Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no puede presentar más apelaciones.En la

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

respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2, se le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de la misma manera. A continuación, se detalla quién se encarga de la revisión de una apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3: Un juez de derecho administrativo o un abogado de arbitraje que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado de arbitraje acepta su apelación, el proceso de apelación *podría o no concluir*.** A diferencia de la decisión en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a presentar una apelación a una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos presentar una apelación, procederá al Nivel 4.
 - Si decidimos *no* presentar una apelación, debemos autorizar o brindarle el servicio en el plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o el abogado de arbitraje.
 - Si decidimos presentar una apelación a la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 y los documentos complementarios. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindarle la atención médica en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado de arbitraje rechaza su apelación, el proceso de apelación *podría o no concluir*.**
 - Si decide aceptar una decisión en la que se rechaza su apelación, el proceso de apelación concluirá.
 - Si no acepta la decisión, puede proceder al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué hacer en el caso de una apelación de Nivel 4.

Apelación de nivel 4: El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de la apelación de Nivel 3, el proceso de apelación *podría o no concluir*.** A diferencia de la decisión en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a presentar una apelación a una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si queremos proceder al Nivel 5 de apelación.
 - Si decidimos *no* presentar una apelación a la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica en el plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos presentar una apelación a la decisión, se lo informaremos por escrito.

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

- **Si la respuesta es negativa o el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación *podría o no* concluir.**
 - Si decide aceptar una decisión en la que se rechaza su apelación, el proceso de apelación concluirá.
 - Si no acepta la decisión, quizás pueda proceder al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las reglas le permiten proceder a una apelación de Nivel 5 y cómo hacerlo.

Apelación de nivel 5: Un juez de un **tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y *aceptará o rechazará* su solicitud. Esta es la respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del tribunal federal de distrito.

Sección 9.2 Apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5 para Solicitudes de Medicamentos, Parte D

Esta sección puede ser apropiada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento que ha apelado alcanza cierto monto en dólares, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede apelar más. En la respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2, se le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de la misma manera. A continuación, se indica quién se encarga de revisar su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: **Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si se acepta su solicitud, el proceso de apelación termina.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador **en un plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o efectuar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si se rechaza su solicitud, el proceso de apelación *puede o no* terminar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.

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

- Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4: El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si se acepta su solicitud, el proceso de apelación termina.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o efectuar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si se rechaza su solicitud, el proceso de apelación *puede o no* terminar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisar la apelación, en el aviso se le informará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez del **Tribunal Federal del Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *se acepta* o *se rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal del Distrito.

SECCIÓN 10 **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras cuestiones**

Sección 10.1 **¿Qué tipo de problemas se manejan en el proceso de quejas?**

El proceso de quejas *solo* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que aborda el proceso de quejas.

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

Quejas	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está satisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿Está satisfecho con nuestro Servicio para miembros? • ¿Siente que se le anima a abandonar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para conseguirla? • ¿Le han hecho esperar demasiado los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, o el personal de Servicio para miembros u otro personal del plan? • Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera o de examen, o para obtener una receta.
Limpieza	• ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le enviamos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas están relacionados con la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura y apelaciones)	Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y cree que no le respondemos con suficiente rapidez, puede presentar una queja sobre nuestra demora.A continuación, se presentan ejemplos: • Si nos solicitó una decisión rápida de cobertura o una apelación rápida y le respondimos que no se la otorgaremos, puede presentar una queja.

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

Quejas	Ejemplo
	• Si cree que no cumplimos las fechas límite para una decisión de cobertura o para una apelación, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos las fechas límite para cubrirle o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos con las fechas límite requeridas para enviar su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales
• Una queja también se denomina queja formal. • Presentar una queja también significa presentar una queja formal. • Seguir el proceso de quejas también significa seguir el proceso para presentar una queja formal. • Una queja rápida también se denomina queja formal acelerada.

Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de una queja

Paso 1:Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Generalmente, llamar al Servicio para miembros es el primer paso.**En caso de que deba hacer algo más, el Servicio para miembros se lo informará.
- **Si no desea llamar (o llamó y no obtuvo una respuesta satisfactoria), puede enviarnos su queja por escrito.**Si presenta su queja por escrito, la responderemos por ese medio.
- **Opción de revisión rápida de su queja formal.**Puede solicitar una revisión rápida e intentaremos responder en el plazo de un día si su queja formal se refiere a una de las siguientes circunstancias:
 - Hemos extendido el plazo para tomar una decisión de organización o cobertura, y usted cree que necesita una decisión más rápido.
 - Rechazamos su solicitud de una decisión de organización o cobertura de 72 horas.
 - Rechazamos su solicitud de apelación de 72 horas.

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

- Es mejor llamar al Servicio para miembros al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711 si desea solicitar una revisión rápida de su queja formal. Si envía su solicitud por correo postal, le llamaremos para informarle que la recibimos.
- La **fecha límite** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema del que desea quejarse.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama para presentar una queja, quizás podamos darle una respuesta durante la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden en el plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es lo mejor para usted, o si solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomarnos unos días más, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una decisión rápida de cobertura o una apelación rápida, le otorgaremos automáticamente una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta en el plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** parcial o totalmente con su queja o no asumimos la responsabilidad por el problema sobre el cual presenta la queja, especificaremos los motivos en nuestra respuesta.

Sección 10.4 También, puede presentar quejas por la calidad de la atención ante la Organización para el mejoramiento de la calidad

Cuando su queja se trate sobre la *calidad de la atención*, también tendrá dos opciones adicionales:

- **Podrá presentar su queja directamente ante la Organización para la Mejora de la Calidad.** La QIO es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar la atención suministrada a pacientes de Medicare. Encontrará la información de contacto en el Capítulo 2.

O

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la Mejora de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre Devoted PREMIUM Florida (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/

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

[home.aspx](#). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10 :

Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a la cancelación de la membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en Devoted PREMIUM Florida (HMO) puede ser **voluntaria** (su decisión) o **involuntaria** (no es su decisión):

- Puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *quiere* hacerlo. En las Secciones 2 y 3, se proporciona información sobre la cancelación voluntaria de la membresía.
- También hay situaciones limitadas en las que estamos obligados a cancelar su membresía. En la Sección 5, se informa sobre las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindándole atención médica y medicamentos con receta, y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice la membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período anual de inscripción

Puede finalizar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como **Período de inscripción abierta anual**). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de inscripción anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija conservar su cobertura actual o realizar cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiarse a un plan diferente, puede elegir uno de los siguientes tipos:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente.

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

Capítulo 10 : Cancelación de su membresía en el plan

- **Finalizará su membresía en nuestro plan** cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de realizar *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** puede hacer lo siguiente:
 - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período especial de inscripción

En ciertas situaciones, los miembros de Devoted PREMIUM Florida (HMO) pueden cumplir con los requisitos para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período especial de inscripción**.

Usted puede cumplir con los requisitos para finalizar su membresía durante un Período especial de inscripción si se aplica cualquiera de estas situaciones. Estos son solo ejemplos, para ver la lista completa puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar la página de Medicare (es.medicare.gov):

- En general, cuando se muda
- Si cuenta con Medicaid
- Si cumple con los requisitos para la “Ayuda adicional” para el pago de sus medicamentos con receta de Medicare
- Si incumplimos nuestro contrato con usted

Capítulo 10 : Cancelación de su membresía en el plan

- Si está recibiendo atención en una institución, como un asilo o un hospital de atención a largo plazo (long-term care, LTC)
- Si se inscribe en el Programa de cuidado total de salud para ancianos (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)
- **Nota:** Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 contiene más información acerca de los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para saber si cumple con los requisitos para un Período especial de inscripción, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si cumple con los requisitos para finalizar su membresía por una situación especial, puede cambiar tanto su cobertura médica de Medicare como su cobertura de medicamentos con receta. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
- - *o bien*- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado

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

En general, su membresía finalizará el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de cambio de plan.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos a menos que usted haya optado por excluirse de solicitar cobertura automáticamente.

Sección 2.4	¿Dónde se puede obtener más información acerca de cuándo puede cancelar su membresía?
--------------------	--

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía:

- **Llame a Servicio para miembros.**
- Encuentre la información en el manual **Medicare & You 2024** (Medicare y Usted).
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3

¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

En el cuadro a continuación, se le explica cómo cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea pasar de nuestro plan para:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare.	- Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. - Su inscripción en Devoted PREMIUM Florida (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Medicare Original <i>con</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare separado.	- Inscribirse en el plan de medicamentos con receta de Medicare nuevo. - Se cancelará de manera automática la inscripción del Devoted PREMIUM Florida (HMO) cuando comience la cobertura del plan nuevo.
Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado	Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicio para miembros si necesita más información sobre cómo hacer esto. - También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. - Se cancelará su inscripción en Devoted PREMIUM Florida (HMO) cuando comience su cobertura de Original Medicare.

SECCIÓN 4

Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo artículos, servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe seguir recibiendo artículos médicos, servicios y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

Capítulo 10 : Cancelación de su membresía en el plan

- **Siga consultando a nuestros prestadores de servicios médicos de la red para recibir atención médica.**
- **Siga acudiendo a las farmacias de nuestra red o usando el servicio de pedidos por correo para surtir sus recetas.**
- **Si se encuentra hospitalizado el día en que finaliza su membresía, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta el alta** (incluso si le dan el alta después del inicio de la nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Devoted PREMIUM Florida (HMO) debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía de nuestro plan?
--

Devoted PREMIUM Florida (HMO) debe cancelar su membresía en el plan ante las siguientes situaciones:

- si ya no cuenta con la Parte A y la Parte B de Medicare;
- si se muda fuera de nuestra área de servicio;
- si permanece fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses;
 - Si se muda o realiza un viaje largo, debe llamar a Servicio para miembros para saber si el lugar al cual viajará o se mudará se encuentra en el área de nuestro plan
- si lo encarcelan (va a prisión);
- si dejó de ser ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra de manera legal en los Estados Unidos;
- si miente u omite información sobre otro seguro en el que esté inscrito y que proporcione cobertura de medicamentos con receta.
- Si nos brinda intencionalmente información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para el plan (no podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que primero recibamos permiso de Medicare);
- Si tiene una conducta perturbadora constante, lo que dificulta que podamos brindarle atención médica a usted y a otros miembros del plan (no podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que primero recibamos permiso de Medicare)
- Si permite que otra persona use su tarjeta de miembro para recibir atención médica (no podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que primero recibamos permiso de Medicare)
 - Si finalizamos su cobertura por este motivo, Medicare puede ordenar que el Inspector General investigue su caso.
- Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará la inscripción en el plan y usted perderá la cobertura de medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Capítulo 10 : Cancelación de su membresía en el plan

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicio para miembros.

Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone el plan por ningún motivo relacionado con la salud

Devoted PREMIUM Florida (HMO) no puede pedirle que abandone el plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si considera que le están pidiendo que abandone el plan debido a un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY: 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene el derecho de presentar una queja si cancelamos su membresía de nuestro plan

Si finalizamos su cobertura en nuestro plan, debemos informarle nuestros motivos por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una reclamación o queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11 :

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las reglamentaciones creadas bajo la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, sexo, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica de una persona dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proporcionan planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidados Asequibles, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que obtienen financiamiento federal y cualquier otra ley y norma que se aplique por cualquier otro motivo.

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 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/get-help-in-other-languages/spanish.html>.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Servicio para miembros. Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, el Servicio para miembros puede ayudarle.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. De acuerdo con las regulaciones de CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 452 del Código Federal de Regulaciones (CFR, por sus siglas en inglés), Devoted Health Plan de Florida, Inc., como una Organización Medicare

Capítulo 11 : Avisos legales

Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría según las regulaciones de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR y las reglas establecidas en esta sección sustituyen cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Aviso adicional acerca de la subrogación (Recuperación de un tercero)

Nuestro derecho de recuperar pagos

Tenemos el derecho de recuperar beneficios pagados por atención médica u otros bienes y servicios cuando un tercero provoca una lesión o enfermedad en la medida en que las leyes estatales y federales aplicables y su plan de beneficios lo permita. Nos asigna su derecho o el derecho de su heredero o albacea a realizar acciones legales en contra de cualquier tercero responsable y acuerda, en representación de usted mismo, los herederos, los albaceas y otros representantes lo siguiente:

1. Proporcionar toda información relevante que solicitemos; y
2. Participar en cualquier fase de la acción legal, como descubrimiento, declaraciones juradas y declaraciones de juicio, en caso de ser necesarias.

Si usted o sus herederos, albaceas u otros representantes no cooperan con nosotros o con nuestros representantes o usted o ellos realizan algo que interfiera con nuestros derechos, podemos iniciar acciones legales en su contra o en contra de ellos. Además, usted acuerda no asignar su derecho a iniciar acción legal en contra de alguna otra persona sin nuestro consentimiento por escrito.

Nuestro derecho a recibir reembolso

También tenemos derecho a recibir un reembolso si un tercero le paga directamente a usted. Si recibe un monto como un fallo, una liquidación u otro pago de un tercero, debe realizarnos un reembolso de inmediato por los costos que pagamos por la atención médica u otros bienes o servicios que hayan surgido de, se hayan relacionado con, o se hayan derivado de esa lesión, enfermedad o afección. No estamos obligados a pedir reembolso o iniciar acción legal en contra de un tercero, ya sea en beneficio nuestro o en su nombre. Nuestros derechos según la ley de Medicare y esta Evidencia de cobertura no se verán afectados si no participamos en ninguna acción legal que usted inicie relacionada con su lesión, enfermedad o afección. Nuestros derechos de reembolso se aplican independientemente de la cantidad del fallo, la liquidación u otro pago y sin importar si ese dinero es inferior a la cantidad que pagamos por atención médica u otros bienes y servicios.

SECCIÓN 5 Aviso de coordinación de beneficios

¿Por qué necesitamos saber si tiene otra cobertura?

Capítulo 11 : Avisos legales

Coordinamos los beneficios de acuerdo con las reglas del pagador secundario de Medicare, que nos permiten facturar o autorizar a un proveedor de servicios a facturar, a otras compañías de seguros, pólizas, políticas, empleadores u otras entidades cuando el otro pagador es responsable del pago de los servicios que se le proporcionan. También estamos autorizados a cobrarle o facturarle los montos que el otro tercero ya le haya pagado por dichos servicios. Nos reservamos todos los derechos que se nos otorgan en virtud del Programa Medicare, incluidos, entre otros, todos los derechos del pagador secundario de Medicare.

¿Quién paga primero cuando tiene otra cobertura?

Cuando tiene cobertura adicional, la forma en que coordinamos su cobertura depende de su situación. Con la coordinación de beneficios, a menudo recibirá su atención como de costumbre a través de los prestadores de servicios médicos de nuestra cobertura y la(s) otra(s) cobertura(s) que tenga simplemente le ayudarán a pagar la atención que reciba. Si tiene cobertura de salud grupal, es posible que pueda maximizar sus beneficios disponibles si utiliza prestadores de servicios médicos que participan en su cobertura grupal y en nuestra cobertura. En otras situaciones, como en el caso de los beneficios que no están cubiertos por nuestra cobertura, usted puede recibir su atención fuera de nuestra cobertura.

Coberturas médicas grupales de la organización de empleadores y empleados

A veces, una cobertura médica grupal debe proporcionarle beneficios de salud antes de que se los proporcionemos. Esto sucede si:

- Usted tiene cobertura en virtud de una cobertura médica grupal (incluidas las pólizas de la organización del empleador y del empleado), ya sea directamente o a través de su cónyuge y
- El empleador tiene veinte (20) o más empleados (según lo determinado por las reglas de Medicare) y
- Usted no está cubierto por Medicare debido a una discapacidad u otros criterios.

Si el empleador tiene menos de veinte (20) empleados, por lo general le proporcionaremos sus beneficios de salud primarios. Si tiene cobertura para jubilados en virtud de una cobertura médica grupal, ya sea directamente o a través de su cónyuge, por lo general le proporcionaremos beneficios de salud primarios.

Programas de indemnización laboral y programas similares

Si ha sufrido una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo y tiene a su disposición beneficios de indemnización laboral, la indemnización laboral debe proporcionar sus beneficios primero para cualquier costo de atención médica relacionado con su enfermedad o lesión relacionada con el trabajo antes de que proporcionemos cualquier beneficio en virtud de esta Evidencia de cobertura para los servicios prestados en relación con su enfermedad o lesión relacionada con el trabajo.

Accidentes y lesiones

Capítulo 11 : Avisos legales

Las reglas del pagador secundario de Medicare se aplican si usted ha sufrido un accidente o una lesión. Si los beneficios en virtud de la cobertura “Med Pay”, sin culpa, de automóvil, por accidente u otra cobertura de responsabilidad civil están disponibles para usted, la compañía de cobertura “Med Pay”, sin atribución de culpabilidad, de automóvil, por accidente u otra cobertura de responsabilidad civil debe proporcionar sus beneficios primero para cualquier costo de atención médica relacionado con el accidente o lesión antes de que proporcionemos cualquier beneficio por servicios relacionados con su accidente o lesión.

Las reclamaciones de seguro de responsabilidad civil a menudo no se resuelven de inmediato. Podemos realizar pagos condicionales mientras la reclamación de responsabilidad esté pendiente. También podemos recibir un reclamo y no saber que hay una responsabilidad u otro reclamo pendiente. En estas situaciones, nuestros pagos son condicionales. Los pagos condicionales deben reembolsarse al recibir los fondos del seguro, la conciliación, la liquidación u otro pago.

Si usted cobra un monto de un tercero por gastos médicos, tenemos derecho al cobro de los pagos que hayamos realizado independientemente de cualquier estipulación del acuerdo de conciliación. Las estipulaciones de que el acuerdo no incluye daños y perjuicios por gastos médicos serán ignoradas. Reconoceremos las asignaciones de pagos de responsabilidad a pérdidas no médicas solo cuando el pago se base en una orden judicial sobre los méritos del caso. No solicitaremos el cobro de ninguna parte de un laudo que sea designado adecuadamente por el tribunal como pago por pérdidas de propiedad; siempre que, sin embargo, podamos procurar el cobro de los pagos que hayamos realizado si la asignación no se considera como pérdidas de propiedad (p. ej., dolor y sufrimiento).

Cuando proporcionemos beneficios en forma de servicios, tendremos derecho a un reembolso sobre la base del valor razonable de los beneficios proporcionados.

No duplicación de beneficios

No duplicaremos ningún beneficio o pago que reciba en virtud de una cobertura de automóvil, accidente, responsabilidad civil u otra cobertura. Usted acepta notificarnos cuando dicha cobertura esté disponible y es su responsabilidad tomar las medidas necesarias para recibir los beneficios o pagos en virtud de dicha cobertura de automóvil, accidente, responsabilidad civil u otra. Podemos solicitar el reembolso del valor razonable de cualquier beneficio que hayamos proporcionado en caso de que tengamos beneficios duplicados a los que tenga derecho en virtud de dicha cobertura. Usted está obligado a cooperar con nosotros para obtener el pago de cualquier cobertura de automóvil, accidente o responsabilidad civil u otra aseguradora.

Si le proporcionamos beneficios antes de cualquier otro tipo de cobertura de salud que pueda tener, podemos solicitar el cobro de esos beneficios de acuerdo con las reglas del pagador secundario de Medicare. Consulte también la sección Aviso adicional sobre subrogación (cobro a un tercero) para obtener más información sobre nuestros derechos de cobro.

Más información

Capítulo 11 : Avisos legales

Este es solo un breve resumen. El hecho de que paguemos primero, segundos o nada depende de qué tipos de seguro adicional tenga y las reglas de Medicare que se aplican a su situación. Para obtener más información, consulte el folleto publicado por el gobierno llamado “Medicare y otros beneficios de salud de Medicare: su guía para quién paga primero”. Se trata de CMS Pub. Nro. 02179. Asegúrese de consultar la versión más actualizada. Otros detalles se explican en las reglas del pagador secundario de Medicare, como la forma en que se determinará la cantidad de personas empleadas por un empleador para los fines de las reglas de coordinación de beneficios. Las reglas se publican en el Código de Regulaciones Federales. La información descrita en esta Evidencia de cobertura no constituye, ni pretende constituir, asesoramiento legal. La información de este Capítulo es información general sobre sus derechos y responsabilidades. Usted no debe actuar ni abstenerse de actuar basándose solo en la información de esta Evidencia de cobertura. Si no entiende sus derechos y obligaciones como se describe de forma general en este Capítulo, es posible que desee buscar el asesoramiento de un abogado competente en el estado en el que vive.

Derechos de apelación

Si no está de acuerdo con alguna decisión o acción de nuestra póliza en relación con la coordinación de beneficios y las reglas de pago descritas antes, debe seguir los procedimientos que se explican en el Capítulo 9, Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) en esta Evidencia de cobertura.

CAPÍTULO 12 :

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12 : Definiciones de palabras importantes

Administrador de medicamentos con receta – Un administrador de medicamentos con receta o un administrador de beneficios de farmacia (Pharmacy Benefit Manager, PBM) es un administrador externo (third party administrator, TPA) que procesa los beneficios de medicamentos para aseguradoras o empleadores.

Apelación – Una apelación es algo que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo de solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta, o bien pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que recibe.

Área de servicio – Un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera de su área de servicio.

Asistente de atención de la salud en el hogar – Una persona que presta servicios que no necesitan las habilidades de un enfermero o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (p. ej., bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios recetados).

Atención de emergencia – Servicios cubiertos que tienen las siguientes características: 1) son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Autorización previa – Aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. Los servicios con cobertura del plan que necesitan autorización previa aparecen marcados en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Lista de medicamentos.

"Ayuda adicional" – Un programa de Medicare o del estado para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Biosimilar – Un medicamento con receta que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares, generalmente, funcionan igual de bien y son tan seguros como el producto biológico original; sin embargo, los biosimilares, generalmente, requieren una nueva receta médica para sustituir el producto biológico original. **Los** biosimilares intercambiables han cumplido requisitos adicionales que les permiten ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin una nueva receta médica, sujeto a las leyes estatales.

Cancelar la inscripción o cancelación de inscripción – El proceso de cancelar su membresía en nuestro plan.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) – Centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluidos servicios de terapia física, servicios sociales o psicológicos,

Capítulo 12 : Definiciones de palabras importantes

terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno doméstico.

Centro quirúrgico ambulatorio – Un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que opera exclusivamente a efectos de brindar servicios de cirugía para pacientes ambulatorios que no necesitan hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no supera las 24 horas.

Centros de Servicios de Medicare& Medicaid (CMS) – La agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con CMS.

Cobertura para medicamentos con receta – La cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare como mínimo. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se vuelven elegibles para Medicare, habitualmente, pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse en una cobertura para medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare) – Seguro para ayudar a pagar medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, vacunas, suministros biológicos y otros suministros que no tienen cobertura en la Parte A o en la Parte B de Medicare.

Copago – Monto que tal vez deba pagar como parte del costo de un servicio o suministro médico, como visitas al médico, visitas a hospitales como paciente ambulatorio o medicamentos con receta. El copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), no un porcentaje.

Coseguro – Un monto que se le puede solicitar que pague, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20 %), como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta después de pagar cualquier deducible.

Costos compartidos – Los costos compartidos se refieren al monto que debe pagar el miembro cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto se incorpora a la prima mensual del plan). Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) todo monto de deducible que pueda exigir un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) todo monto fijo de copago que exija un plan cuando reciba un servicio o medicamento específico, o (3) todo monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que exija el plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Costos de desembolso personal – Consulte la definición de costos compartidos más arriba. El requisito de costos compartidos de un miembro de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de gasto de bolsillo del miembro.

Cuidados de custodia – La atención de custodia es atención personal suministrada en un asilo de ancianos, un centro de cuidados paliativos u otro centro donde no necesite atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención de custodia, que es proporcionada por personas sin habilidades o formación de tipo profesional, incluye la ayuda en actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de una cama o silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la

Capítulo 12 : Definiciones de palabras importantes

salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga la atención de custodia.

Cuidados en centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) – Atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención incluyen terapia física o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por enfermeros registrados o médicos.

Deducible – El monto que tiene que pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura – Decisión sobre cobertura y monto, si lo hubiera, que usted deba pagar por un medicamento con receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y esta le dice que, según su plan, el medicamento no tiene cobertura, esa no constituye una determinación de cobertura. Debe llamar o escribirle a su plan y pedirle una decisión formal de cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan decisiones de cobertura.

Determinación de la organización – La decisión que nuestro plan toma sobre la cobertura de artículos o servicios o sobre el monto que usted debe pagar por los servicios o artículos con cobertura. En este documento, las determinaciones de organización se denominan decisiones de cobertura.

Emergencia – Ocurre una emergencia médica cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si es una mujer embarazada, la muerte de un hijo por nacer), la pérdida de una extremidad, la pérdida de la función de una extremidad o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o un problema de salud que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) – Ciertos equipos médicos que son indicados por el médico por motivos médicos. Entre los ejemplos, se incluyen: andadores, sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión IV, dispositivos de generación de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas hospitalarias indicadas por un proveedor para el uso en el hogar.

Etapas de cobertura catastrófica – La etapa del Beneficio de Medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) ha gastado \$8,000 en medicamentos con cobertura de la Parte D durante el año con cobertura. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos con cobertura de la Parte D y por los medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Usted no paga nada.

Etapas de cobertura inicial – Esta es la etapa anterior a que sus costos totales de medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y lo que el plan ha pagado por usted para el año hayan alcanzado \$5,030.

Capítulo 12 : Definiciones de palabras importantes

Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) e información de divulgación – Este documento, junto con su formulario de inscripción y otros anexos, cláusulas y otras coberturas opcionales selectas que explican su cobertura, qué debemos hacer nosotros, los derechos que usted tiene y qué debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción – Un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción del formulario), u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción del formulario).

Facturación – Cuando un prestador de servicios médicos (médico u hospital) le factura a un paciente un monto mayor que el monto de costos compartidos permitido por el plan. Como miembro de Devoted PREMIUM Florida (HMO), solo tiene que pagar los montos de costos compartidos de nuestro plan cuando reciba sus servicios con cobertura. No permitimos que los prestadores de servicios médicos **facturen con saldo** o que le cobren de otro modo un monto de costos compartidos superior al que su plan indica que debe pagar.

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

Farmacia fuera de la red – Una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Herramienta de beneficios en tiempo real – Portal o aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica del inscrito sobre los beneficios y la lista de medicamentos aprobados. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos de la lista de medicamentos aprobados que pueden usarse para la misma afección médica que un medicamento determinado, y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Hospicio – Un beneficio que proporciona un tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y sigue pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización – Una estadía en el hospital cuando haya sido ingresado formalmente en el hospital por servicios médicos especializados. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se le puede considerar paciente ambulatorio.

Capítulo 12 : Definiciones de palabras importantes

Indicación aceptada por razones médicas – El uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertos libros de consulta.

Límite inicial de cobertura – El límite máximo de cobertura conforme a la Etapa de cobertura inicial.

Límites de la cantidad – Una herramienta de gestión que está diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden aplicarse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”) – Una lista de los medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Medicaid (o Asistencia médica) – (Un programa conjunto del gobierno federal y el gobierno estatal que brinda ayuda con los gastos médicos a personas con bajos ingresos y recursos limitados). Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica tienen cobertura si usted cumple con los requisitos para Medicare y Medicaid.

Medicamento de marca – Un medicamento con receta que es fabricado y vendido por una empresa farmacéutica que Originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca emplean la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica de ese medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, en general, no están disponibles hasta después del vencimiento de la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico – Medicamento con receta aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) como que tiene los mismos principio activos que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y generalmente cuesta menos.

Medicamentos con cobertura – El término que utilizamos para hacer referencia a todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D – Los medicamentos que pueden tener cobertura de la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. (Consulte su formulario para conocer la lista específica de los medicamentos cubiertos). El Congreso excluyó, de manera específica, a ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de medicamentos de la Parte D.

Medicare – El programa federal de seguro médico para personas mayores de 65, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro Plan o miembro del Plan) – Una persona con Medicare que es elegible para recibir los servicios cubiertos, se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros para servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Capítulo 12 : Definiciones de palabras importantes

Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés) – Si su ingreso bruto ajustado modificado como se informa en su declaración anual de ingresos del IRS de hace 2 años está por encima de un cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también llamado IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo de desembolso personal. – El monto máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios de la Parte A y la Parte B que tienen cobertura dentro de la red. Los montos que paga por las primas del plan, por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y por los medicamentos con receta no se cuentan para el monto de desembolso máximo.

Monto permitido – Es el monto máximo en el que se basa el pago de los servicios de atención médica cubiertos. Esto puede denominarse “gasto elegible”, “asignación para pago” o “tasa negociada”. Es el monto en dólares asignado para un procedimiento, servicio o suministro basado en diversos mecanismos de fijación de cargos máximos.

Multa por inscripción tardía de la Parte D – Un monto agregado a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de obtener la elegibilidad para inscribirse en un plan de la Parte D.

Necesario por razones médicas – Servicios, suministros o medicamentos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con normas de práctica médica aceptadas.

Nivel de costos compartidos – Cada uno de los medicamentos que aparecen en la Lista de medicamentos con cobertura pertenece a alguno de los 5 niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo que deberá pagar por el medicamento.

Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés) – Grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar la atención suministrada a pacientes de Medicare.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare con cargo por servicio) – Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con recetas. Conforme a Medicare Original, los servicios de Medicare son cubiertos por el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica de montos de pago establecidos por el Congreso. Puede consultar a un médico, ir a un hospital o acudir a otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del costo compartido del monto aprobado por Medicare y usted paga la parte que le corresponde. Medicare Original tiene dos partes: La Parte A (seguro para hospital) y la Parte B (seguro médico) y está disponible en todo los Estados Unidos.

Parte C – consulte el Plan Medicare Advantage (MA).

Capítulo 12 : Definiciones de palabras importantes

Parte D – El programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de beneficios – La forma en que Original Medicare mide su uso de los servicios del hospital y del centro de enfermería especializada (SNF). Nuestro plan mide su uso de los servicios de un centro de enfermería especializada durante los períodos de beneficios. La definición de “período de beneficios” para nuestro plan comienza el día que ingresa en un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados o atención especializada en un SNF durante 60 días seguidos. Si acude a un centro de enfermería especializada después de finalizar un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficio.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage – El período del 1 de enero al 31 de marzo cuando los miembros en un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona obtiene la elegibilidad para Medicare.

Período de inscripción anual – El período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o cambiarse a Original Medicare.

Período de inscripción inicial – Cuando obtiene la elegibilidad para participar en Medicare, el período en el cual se inscribe para la Parte A y B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Período especial de inscripción – Un período establecido en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos o volver a Medicare original. Las situaciones en las que puede ser elegible para un Período de inscripción especial incluyen: el traslado fuera del área de servicio, la obtención de “Ayuda adicional” para los costos de medicamentos con receta, el traslado a un hogar de ancianos o el incumplimiento (por parte nuestra) del contrato que tenemos con usted.

Plan de Medicare Advantage (MA) – A veces llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de Medicare Parte A y B. Un plan Medicare Advantage puede ser i) HMO, ii) PPO, un iii) plan privado de pago por servicio (PFFS) o un iv) plan de cuenta de ahorros médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**.

Capítulo 12 : Definiciones de palabras importantes

Plan de necesidades especiales – Un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona atención médica más específica a grupos de personas determinados, tales como quienes tienen tanto Medicare como Medicaid, quienes residen en un hogar de ancianos o quienes tienen afecciones médicas crónicas.

Plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP) – Los planes para necesidades especiales con doble elegibilidad inscriben a personas que tienen derecho a Medicare (Artículo XVIII de la Ley del Seguro Social) y a la asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (Artículo XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas – Los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o discapacitantes, según se define en el 42 CFR 422.2, incluida la restricción de la inscripción basada en las múltiples agrupaciones de afecciones comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas especificadas en 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

Plan de organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) – Un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados quienes han acordado brindar tratamiento a miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si son brindados por proveedores de la red o fuera de la red. Los costos compartidos del miembro, generalmente, serán mayores cuando los beneficios del plan son prestados por proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual respecto de los costos de desembolso personal por los servicios prestados por proveedores de la red (preferidos) y tienen un límite más alto respecto de los costos totales combinados de desembolso personal por los servicios brindados por proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare – Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, planes de costo de Medicare, planes de necesidades especiales, programas de demostración/piloto y Programas de cuidado total de salud para adultos mayores (PACE).

Plan institucional de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés) – Un plan que inscribe a personas elegibles que residen continuamente o se espera que residan continuamente 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes internados o centros aprobados por los CMS que brindan servicios de atención médica a largo plazo similares cubiertos por la Parte A o B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención médica similares a los de los demás centros mencionados. Un plan de necesidades especiales institucional debe tener un acuerdo contractual con los centros de LTC específicos (o poseerlos y operarlos).

Capítulo 12 : Definiciones de palabras importantes

Plan institucional equivalente de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés) – Un plan que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad pero que requieren un nivel de atención institucional según la evaluación estatal. La evaluación debe realizarse con la misma herramienta de evaluación del nivel de atención estatal respectiva y debe ser administrada por una entidad distinta de la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en un centro de vida asistida (ALF) contratado si fuera necesario para garantizar la prestación uniforme de atención especializada.

Plan PACE – Un plan PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) combina servicios y apoyos a largo plazo (long-term services and supports, LTSS) médicos y sociales para personas frágiles con el fin de ayudar a las personas a mantenerse independientes y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a una residencia de ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza de Medigap (seguro complementario de Medicare) – Seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir *brechas* en Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Primas – El pago periódico a Medicare, una compañía de seguro o un plan de atención médica para la cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico – Medicamento con receta que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Programa de Medicare de descuentos durante el período sin cobertura – Programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos a los miembros de la Parte D que han pasado a la Etapa de interrupción en la cobertura y que aún no reciben “Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Prótesis y ortopedia – Dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; prótesis; ojos artificiales, y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) – El médico u otro proveedor a quien recurre primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor principal de atención médica antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red – Prestador de servicios médicos es el término general para referirse a los médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para proporcionar servicios de

Capítulo 12 : Definiciones de palabras importantes

atención médica. **Los prestadores de servicios médicos de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago completo y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios con cobertura a los miembros de nuestro plan. Los prestadores de servicios médicos de la red también se denominan **prestadores de servicios médicos del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red – Un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son aquellos proveedores que no son ni empleados ni propiedad del plan, ni son administrados por este.

Queja formal – Un tipo de queja que presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluidas las quejas relacionadas con la calidad de su atención. Esta queja no abarca las controversias de cobertura o pago.

Quejas – El nombre formal para hacer una queja es **presentar una queja formal**. El proceso de queja se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) – Un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a aquellas personas con ingresos y recursos limitados que tienen una discapacidad, son ciegos o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios de Seguro Social.

Servicios cubiertos – El término que usamos en esta EOC se refiere a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare – Servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. El término “servicios cubiertos por Medicare” no incluye los beneficios adicionales, como servicios dentales y de cuidado de la audición y la vista, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios de rehabilitación – Estos servicios incluyen terapia física, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios para miembros – Un departamento de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre la cobertura, los beneficios, las inconformidades y las apelaciones.

Servicios que se necesitan con urgencia – Servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente, o cuando el miembro está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben requerirse de manera inmediata y deben ser médicamente necesarios.

Subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés) – Vea “Ayuda adicional”

Capítulo 12 : Definiciones de palabras importantes

Tarifa de despacho – Una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto. Su fin es pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que dedica el farmacéutico a preparar y empaquetar el medicamento con receta.

Tarifa diaria de costos compartidos – Es posible que se aplique una tasa diaria de costos compartidos cuando su médico le receta un suministro de ciertos medicamentos de menos de un mes completo y usted deba pagar un copago. Una tasa diaria de costos compartidos es el copago dividido por la cantidad de días en el suministro de un mes. Este es un ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de \$30 y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, su tasa diaria de costos compartidos es de \$1 por día.

Terapia por fases – Una herramienta de utilización que requiere que, primero, tome otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le pudo haber recetado en un primer momento.

Aviso de no discriminación

Devoted Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye a las personas, ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, lo que incluye embarazo, orientación sexual e identidad de género.

Devoted Health

Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, entre los que se incluyen los siguientes:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas

- Información escrita en otros formatos, como letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos

Proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, entre los que se incluyen los siguientes:

- Intérpretes calificados

- Información escrita en otros idiomas

Contamos con servicios gratuitos de interpretación para responder las preguntas que tenga sobre su plan de salud o medicamentos. Para acceder a un intérprete, solo llámenos al **1-800-338-6833** (TTY 711). Este es un servicio gratuito. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

Si cree que Devoted Health no proporciona estos servicios o discrimina de otra manera por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, lo que incluye embarazo, orientación sexual e identidad de género, puede presentar una queja ante:

Devoted Health – Apelaciones y quejas

PO Box 21327

Eagan, MN 55121

Fax: 1-877-358-0711

Puede presentar una queja por correo, fax o teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja, llámenos al **1-800-338-6833** (TTY 711).

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de salud y servicios humanos de los EE. UU., Oficina de derechos civiles, de manera electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de derechos civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-338-6833 (TTY 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con servicios gratuitos de interpretación para responder las preguntas que tenga sobre su plan de salud o medicamentos. Para acceder a un intérprete, solo llámenos al 1-800-338-6833 (TTY 711). Una persona que hable español podrá ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

Chinese (Traditional US/Taiwan): 我們有免費的口譯服務來回答您就我們的健康或藥物計劃提出的任何問題。如需口譯員，只需撥打 1-800-338-6833 (TTY 711) 聯絡我們。會說中文的人員可以協助您。此為免費服務。

Vietnamese: Chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch viên miễn phí có thể trả lời mọi thắc mắc của quý vị về chương trình y tế hoặc thuốc của chúng tôi. Để có thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-800-338-6833 (TTY 711). Một người nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

French Creole (Haitian Creole): Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ka genyen konsènan plan sante ouwa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan 1-800-338-6833 (TTY 711). Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen kapab ede w. Sa se yon sèvis ki gratis.

Korean: 의료 또는 의약품 플랜에 대해서 있을 수 있는 질문에 대답하기 위해서 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역 서비스를 이용하기 위해서는 1-800-338-6833(TTY 711)에 전화하십시오. 한국어를 구사하는 사람이 도와드릴 것입니다. 이것은 무료 서비스입니다.

:Arabic

نوفر خدمة مترجم فوري مجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تكون لديك بشأن خطة الرعاية الصحية أو خطة الأدوية. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 6833-338-800-1 (الهاتف النصي 711). يمكن لشخص يتحدث اللغة العربية مساعدتك. هذه خدمة

Tagalog: Mayroon kaming libreng mga serbisyo ng interpreter para sagutin anumang tanong mo tungkol sa aming plano ng kalusugan o gamot. Para makakuha ng interpreter, tawagan kami sa 1-800-338-6833 (TTY 711) Matutulungan ka ng sinumang nagsasalita ng Tagalog. Libreng serbisyo ito.

Polish: Mamy do Państwa dyspozycji bezpłatne wsparcie tłumaczy, którzy odpowiedzą na wszelkie pytania na temat zdrowia lub planu przyjmowania leków. Aby uzyskać pomoc tłumacza, prosimy o kontakt pod numerem 1-800-338-6833 (TTY 711). Osoba znająca język polski pomoże Państwu. Przypominamy, że jest to usługa bezpłatna.

Russian: Мы предоставляем бесплатные услуги устного переводчика, чтобы ответить на любые вопросы, которые могут у вас возникнуть о нашем плане медицинского страхования или покрытия стоимости лекарств. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-338-6833 (TTY 711). Переводчик, владеющий русским языком, сможет вам помочь. Эта услуга предоставляется бесплатно.

French (France/International): Nous offrons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos éventuelles questions concernant notre régime d'assurance santé ou médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au 1-800-338-6833 (TTY 711). Une personne parlant français peut vous aider. Ce service est gratuit.

German: Wir haben einen kostenlosen Dolmetscherservice zur Beantwortung aller Fragen, die Sie möglicherweise zu Ihrem Gesundheits- oder Medikamentenplan haben. Rufen Sie uns einfach unter 1-800-338-6833 (TTY 711) an, um einen Dolmetscher zu bekommen. Jemand, der Deutsch spricht, kann Ihnen helfen. Dieser Service ist kostenlos.

Gujarati: અમારી સ્વાસ્થ્ય અથવા દવા યોજના અંગે તમને હોઇ શકે તેવા કોઈપણ પ્રશ્નોના જવાબ આપવા માટે અમારી પાસે નિ:શુલ્ક દુભાષિયા સેવાઓ છે. દુભાષિયા મેળવવા માટે, માત્ર અમને 1-800-338-6833 (TTY 711) પર કોલ કરો. કોઇ વ્યક્તિ જે ગુજરાતી બોલે છે તે તમારી મદદ કરી શકે છે. આ એક નિ:શુલ્ક સેવા છે.

Japanese: 当社には、健康または薬計画に関する質問に答えるための無料通訳サービスがあります。通訳を利用するには、1-800-338-6833 (TTY 711)までお電話ください。日本語話す人がお手伝いいたします。これは無料サービスです

Italian: Abbiamo servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda tu possa avere sul nostro piano sanitario o farmacologico. Per ottenere un interprete, chiamaci al numero 1-800-338-6833 (TTY 711). Qualcuno che parla italiano potrà aiutarti. Questo è un servizio gratuito.

Portuguese (Brazil): Contamos com serviços gratuitos de interpretação para responder a quaisquer perguntas que você possa ter sobre seu plano de saúde ou de medicamentos. Para obter um intérprete, ligue para nós pelo telefone 1-800-338-6833 (TTY 711). Alguém que fala Português poderá lhe ajudar. Este serviço é gratuito.

Hindi: हमारी स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं हैं। कोई दुभाषिया पाने के लिए, बस 1-800-338-6833 (TTY 711) पर हमें कॉल करें। हिंदी बोलने वाला कोई आपकी मदद कर सकता है। यह मुफ्त सेवा है।

Devoted PREMIUM Florida (HMO) Servicios para miembros

Método	Servicios para miembros – Información de contacto:
LLAMADA	1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) Las llamadas a estos números son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y sábados de 8 a. m. a 5 p. m., del 1 de abril al 30 de septiembre Los servicios para miembros incluyen servicios de interpretación lingüística disponible para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a estos números son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y sábados de 8 a. m. a 5 p. m., del 1 de abril al 30 de septiembre
FAX	1-877-234-9988
ESCRIBA	Devoted Health, Inc. P.O. Box 211037 Eagan, MN 55121
TEXTO	866-85
SITIO WEB	www.devoted.com

Florida SHINE (Serving Health Insurance Needs of Elders)

Florida SHINE (Serving Health Insurance Needs of Elders) es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento sobre seguro de salud local de manera gratuita a personas que tienen Medicare.

Método	Florida SHINE (Serving Health Insurance Needs of Elders) – Información de contacto:
LLAMADA	1-800-963-5337
TTY	1-800-955-8770 Este número requiere de equipo telefónico especializado y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA	SHINE Program, Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000 information@elderaffairs.org
SITIO WEB	www.floridashine.org

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA). De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias

para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.